



MINISTERIO DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DERECHOS HUMANOS

Unidad de Auditoría Interna

Informe N° 322/02 UAI - MJSyDH

PLAN DE GESTION 2001

**Programa V – Proyectos 13, 14 Y 15
“Programa Nacional de Cárceles Saludables”**

Auditor Interno:	Lic. Alfredo BARNECH
Auditor Adjunto:	Dr. Gustavo BOGUN
Equipo de Trabajo:	Dr. Eduardo E. FERNANDEZ (Supervisor) Dr. Roberto S. YASI (Jefe de Equipo) Sra. Valeria IZQUIERDO

Noviembre de 2002



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

PLAN DE GESTION 2001 – PROGRAMA V “Programa Nacional de Cárceles Saludables”

I. OBJETIVO:

Obtener una visión global de la aplicación del Plan de Gestión 2001 de la Subsecretaría de POLÍTICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

II. ALCANCE:

Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos en el Programa V “Programa Nacional de Cárceles Saludables” (Proyecto 13 “Promoción de la Salud en la Población Penitenciaria”, Proyecto 14 “Cuidado, Tratamiento y Asistencia de los Internos” y Proyecto 15 “Diseño y Ejecución de Estrategias para Grupos Especiales”) del Plan de Gestión 2001 de la Subsecretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios.

III. LIMITACIONES AL ALCANCE:

Los cambios institucionales producidos en todos los ámbitos del gobierno a fines del ejercicio anterior afectaron a la SUBSECRETARIA DE POLÍTICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS, implicando modificaciones en la modalidad de gestión y la continuidad de los proyectos que la misma se encontraba desarrollando con el fin de cumplimentar los objetivos propuestos en el Plan de Gestión 2001.

Esta circunstancia derivó, insoslayablemente, en la alteración de la correspondencia entre lo planificado inicialmente con lo evidenciado al momento de la ejecución de los distintos programas y proyectos, debido en parte a factores exógenos, aspectos que limitan las conclusiones que esta Unidad de Auditoría Interna emita respecto del impacto de tales factores sobre la gestión analizada.

Asimismo, según se expondrá en los apartados correspondientes, se debe señalar que a la fecha de cierre de las tareas propias del presente informe, los proyectos analizados se encontraron en distintos estadios de ejecución, o bien fueron abandonados, lo que hace que esta Unidad de Auditoría Interna no haya tenido acceso a los documentos finales esperables en caso de haberse cumplido los tiempos previstos en el Plan de Gestión.

También debe señalarse que dado que ciertos aspectos de los proyectos analizados se deben cumplimentar a lo largo del tiempo, resulta necesario establecer evaluaciones de Proceso como de Resultados o Impacto, siendo esto último una cuestión compleja en el ámbito sanitario y crítico al momento de definir proyectos sustentables. Como se detallará más adelante, el PG01 no ha previsto adecuadamente evaluaciones de impacto.

Por lo dicho en los dos últimos párrafos, esta Unidad de Control no puede expedirse respecto del producto final de los Proyectos incluidos en el Programa V del mencionado Plan de Gestión 2001.

Adicionalmente se debe considerar que la mayoría de las tareas previstas en el contexto del Programa V se realizan en las Unidades Carcelarias de todo el país, cuya



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

dispersión geográfica constituye una limitación al alcance de las tareas de auditoría propias del presente informe.

En este sentido, se debe agregar que la realización de las actividades englobadas en el Plan Nacional de Cárceles Saludables implica la participación conjunta de dos Ministerios - Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y Salud- y una Secretaría de Estado –SEDRONAR-, lo cual presupone una limitación a las posibilidades de la verificación integral de las acciones que fueran proyectadas en contexto del Programa V del PG01.

IV. NORMATIVA APLICABLE:

Las normas fundamentales que resultan antecedentes para la actualización propuesta son las siguientes:

- ✓ Resolución Conjunta de la SPCyAP Y SPRS N° 103/2000 y 50/2000 aprobatoria del “Plan Nacional de Cárceles Saludables”
- ✓ Decreto 357/2002, aprobatorio de la organización del Poder Ejecutivo Nacional, hasta el nivel de Subsecretaría, y modificatorios.

V. TAREAS REALIZADAS:

Los procedimientos se llevaron a cabo en la SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS, como así también en diferentes áreas del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, en especial en la División Asistencia Médica.

Las tareas se realizaron teniendo en cuenta las normas de auditoría generalmente aceptadas, y comprendieron la aplicación de los siguientes procedimientos:

1. Análisis de la normativa aplicable y antecedentes, tal como normas y recomendaciones emanadas de la “Organización Mundial de la Salud” y de la “Organización Panamericana de la Salud”, y textos referidos a la promoción y prevención primaria de la salud.
2. Estudio y verificación de la información suministrada por la SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS en lo referido al Programa V “Programa Nacional de Cárceles Saludables” (Proyecto 13 “Promoción de la Salud en la Población Penitenciaria”, Proyecto 14 “Cuidado, Tratamiento y Asistencia de los Internos” y Proyecto 15 “Diseño y Ejecución de Estrategias para Grupos Especiales”).
3. Análisis de la información suministrada por la División Asistencia Médica en lo atinente a la ejecución de los distintos Proyectos que componen el Programa analizado.
4. Entrevistas con los responsables y agentes relacionados con la ejecución de los proyectos que componen el Programa V

VI. CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

Funciones de la Subsecretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios:

Conforme los objetivos determinados en el Decreto 357/2002 y modificatorios, que aprueba la organización vigente a la fecha del presente informe del PODER EJECUTIVO



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

NACIONAL, incluidas las respectivas misiones y acciones, a la SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS le corresponde:

1. Diagramar la política criminal de la Nación y formular planes específicos en la materia, así como para la prevención del delito;
2. Dirigir estudios, investigaciones y estadísticas referidas a cuestiones de política criminal;
3. Atender los temas relacionados con las funciones que la Ley 24.417 de protección contra la violencia familiar y su decreto reglamentario N 235/96, asignan al MINISTERIO DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DERECHOS HUMANOS y con el Cuerpo Interdisciplinario en Violencia Familiar creado por el citado decreto;
4. Desarrollar actividades de colaboración en materia de su competencia con otros organismos oficiales mediante la prestación del apoyo y cooperación necesarios para optimizar la realización de sus tareas;
5. Coordinar las acciones relativas al programa de protección de testigos;
6. Atender los temas relacionados con el REGISTRO NACIONAL DE REINCIDENCIA;
7. Promover el desarrollo consensuado de políticas comunes con organismos internacionales y otros países, en especial los países limítrofes, en materia de política criminal, promoviendo asimismo actividades conjuntas de investigación y capacitación en materia político-criminal;
8. Asistir al Ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos en la administración y funcionamiento del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, política y programas penitenciarios, reforma penitenciaria, ejecución penal y readaptación social;
9. Dirigir la elaboración y ejecución del plan de construcción y mantenimiento de las unidades penitenciarias del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL;
10. Dirigir estudios, investigaciones y estadísticas vinculados con la problemática penitenciaria, el sistema penitenciario y la política de readaptación social, planificar los programas y ejecutar las acciones;
11. Participar en la elaboración de anteproyectos normativos en el área de su competencia;
12. Coordinar las acciones con los servicios penitenciarios provinciales;
13. Promover el desarrollo de los patronatos de liberados;
14. Intervenir en los casos de indultos y conmutación de penas;
15. Intervenir en las actividades relativas a la aplicación del régimen de extradición y promover el desarrollo consensuado de políticas comunes con organismos internacionales y de otros países, en especial los países limítrofes, en materia de



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

ejecución penal, promoviendo asimismo actividades conjuntas de investigación, capacitación y entrenamiento en materia penitenciaria y de readaptación social.

Fundamentación del Plan de Gestión 2001

En informes anteriores –109/02 y 129/02 UAI-MJDH- se han detallado los fundamentos que hacen al PG01, sin perjuicio de lo cual se resumen a continuación los conceptos más destacables expuestos en esas oportunidades:

- El Decreto N° 103/01 dispuso el Plan Nacional de Modernización de la Administración Pública, estableciendo un marco para la ejecución de transformaciones institucionales destinadas a “optimizar la gestión de las organizaciones estatales, teniendo en cuenta las características particulares de cada una”. La entonces SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS dio cumplimiento del objetivo mencionado elaborando los lineamientos del Plan de Gestión 2001.
- Desde el ex - MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS se puso en marcha un proceso de cambio en la estructura y dinámica de la gestión del sistema penitenciario, del cual este Plan de Gestión representaría una primera intención sistemática, racional e integrada de transformación, sin perjuicio que ya anteriormente se habían realizado propuestas sobre ciertos aspectos de la gestión penitenciaria, tal como el “Programa de Cárceles Saludables”, que fueron formalmente continuadas en este Plan.
- El Plan de Gestión 2001 en general y el Programa V en particular, está abocado a la generación de un espacio institucional facilitador y orientador de profundos cambios en la organización del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, y según las previsiones del mismo plan, debería ser la Subsecretaria de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios la encargada de liderar esta transformación.
- Las modificaciones que se propician sin duda deberían tener un impacto profundo y duradero en la organización, si consideramos que las mismas están orientadas a aplicarse tanto a la población de internos como a los agentes penitenciarios.
- Los cambios que se pretenden introducir debieran ser abordados mediante la aplicación de procedimientos y cursos de acción que minimicen la aparición de problemáticas no consideradas y la generación de errores, garantizando calidad y perdurabilidad de las soluciones propuestas.
- Se busca la puesta en marcha de un nuevo modelo de gestión, que debería ser útil también para “mejorar la imagen que la sociedad tiene del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, muchas veces ambivalente entre las demandas por mayor seguridad y el escaso valor que se asigna a la tarea penitenciaria, procurando legitimar su función social a través de una política más activa de comunicación y transparencia”.
- Se estima necesario poner énfasis tanto en la determinación global de los cambios que se deberían introducir en la vida intramuros del quehacer penitenciario, como en quiénes serán los encargados de efectuar las tareas de relevamiento de la



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

información, búsqueda de consenso y redacción de los proyectos. Esto es, del equipo de trabajo, su modalidad de funcionamiento y la metodología de desarrollo.

La finalidad general del Plan es iniciar un proceso de modernización del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL consistente principalmente en:

1. Actualizar la legislación del S.P.F., fortaleciéndolo institucionalmente.
2. Contribuir a la profesionalización de los recursos humanos penitenciarios.
3. Expandir y mejorar la infraestructura y equipamiento de las Unidades.
4. Mejorar las condiciones para la educación, salud, trabajo y actividades culturales de los internos, a efecto de cumplir con las finalidades establecidas por la Ley 24.660.

Del análisis realizado por esta Unidad de Control, y en consonancia con lo expresado por el señor Subsecretario de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios en su Nota N° 1482 de fecha 13 de junio de 2002, el denominado Plan de Gestión 2001 -elaborado durante ese ejercicio por las autoridades entonces responsables de la SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS- no fue aprobado por un acto administrativo emanado de autoridad competente.

Esta circunstancia le quita la formalidad propia de un cuerpo normativo orgánico y estructurado, por lo que correspondería considerarlo sólo como una iniciativa programada y detallada de trabajo, con un grado relativo de responsabilidad asignable a las actuales autoridades por tareas no desarrolladas hasta el momento, o por los resultados conseguidos en gestiones anteriores.

Por otra parte, se ha tomado conocimiento de la elaboración del Plan de Gestión 2002, el cual cuenta con una aprobación de la Dirección Nacional del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL en abril del mismo año, lo cual resulta extemporáneo, corriéndose el riesgo de que más que ser un mandato sea una ratificación en retrospectiva de lo ya actuado, por lo que la continuidad de las tareas que constituyen el objeto del presente informe sólo puede tomarse como una expresión de la intención de las autoridades que emitieron dicho documento.

En cuanto al seguimiento y registro de las acciones oportunamente planificadas, según se desprenderá del detalle que en cada caso en particular se hará, esta Unidad de Auditoría Interna se ha visto imposibilitada de recoger información detallada e íntegra acerca de las tareas que debían haberse ejecutado en el marco temporal establecido en el Plan de Gestión 2001. Esta situación hace suponer que las acciones previstas en el Plan de Gestión 2001 no fueron totalmente concretadas en tiempo y forma.

En virtud de lo expresado, se procedió a realizar el análisis de la documentación facilitada por la Subsecretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios y el SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

El Plan Nacional de Cárceles Saludables.

El denominado “Plan Nacional de Cárceles Saludables” es una iniciativa aprobada por Resolución Conjunta N° 103/2000 y 50/2000 de la Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios y la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria respectivamente, en fecha 11 de mayo de 2000.

El mismo se enmarca en un “Convenio de Cooperación y Asistencia Técnica para la implementación de Programas de Prevención y Atención de la Salud de los Internos Alojados” en unidades del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, suscripto entre los ministerios mencionados en el párrafo anterior.

La propuesta cuenta como antecedente a un proyecto iniciado con una reunión realizada en 1995 entre la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD y países miembros de la Oficina Regional Europea, y cuya razón fuera llevar a cabo un “Proyecto Cárceles Saludables” para esa región, basándose en tres ejes principales de trabajo: salud mental, drogadicción y enfermedades transmisibles, trabajando siempre bajo el paradigma de la PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Tomándolo como ejemplo para implementar un programa similar, ya que se reconoce la visión de que “todas las personas que viven y trabajan en las prisiones...” “tienen derecho a hacerlo en un entorno saludable”, la entonces SECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS, tomó contacto con la SECRETARIA DE POLITICAS Y REGULACION SANITARIA, y a través de ésta con la Representación Argentina de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, quien designó a una representante para efectuar la adaptación del proyecto europeo a la realidad nacional.

Para tal objetivo se integró un equipo con representantes de cada una de las instituciones y reparticiones públicas mencionadas, y se trabajó en la preparación del Plan de Trabajo para la implementación del “Plan de Cárceles Saludables” en establecimientos del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL. El mismo fue publicado como anexo a la Resolución Conjunta antes mencionada, el 17 de mayo de 2000.

En ese contexto se definieron los siguientes Elementos Componentes para desarrollar las actividades del Plan:

1. Promoción de la salud.
2. Cuidados, tratamiento y asistencia.
3. Gerenciamiento de la información: epidemiológica e informes de salud.
4. Derechos humanos, éticos y legales.
5. Colaboración y Coordinación, Comunicación.
6. Definir responsabilidades y responsables.
7. Evaluaciones periódicas.
8. Estrategias en poblaciones diferenciadas: mujeres / mujeres con niños / internos mayores.

Para cada uno de estos elementos se establecieron “Actividades a desarrollar” y “Resultados esperados”, relacionados con un conjunto de “Metas estratégicas generales”. En este aspecto debe recordarse que el Plan se basa siempre en criterios de Promoción de la



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Salud, por lo que sus acciones constituyen una complementación y en algunos casos una extensión de las preexistentes que lleva a cabo la administración penitenciaria, relacionadas con la Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.

Respecto de la adaptación a la realidad nacional, debe advertirse que hasta el momento no se encuentran definidos en nuestro medio los denominados “Derechos Éticos” mencionados como elemento componente del Plan.

Con vistas a asegurar la viabilidad del Plan, se designó un equipo “Comité Ejecutivo”, con el objeto que el mismo eleve informes periódicos a los Secretarios de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios y de Políticas y Regulación Sanitaria. La composición del grupo fue la siguiente:

- a) Representante de la Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- b) Representante de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud.
- c) Representante de la Dirección Nacional del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.
- d) Jefe de la División Asistencia Médica del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL
- e) Representante del cuerpo médico forense.
- f) Representante del Departamento de Salud Mental del M.S.
- g) Representante de la Unidad Coordinadora Ejecutora VIH y ETS del M.S.
- h) Representante de la Procuración Penitenciaria.
- i) Representante de la OPS.

Este equipo tiene el siguiente mandato para concretar las premisas:

- ✓ Supervisar la implementación del Plan Nacional.
- ✓ Recomendar la asignación y reasignación de recursos para permitir la implementación.
- ✓ Colaborar con todos los sectores interesados en la cuestión penitenciaria.
- ✓ Desarrollar e implementar una estrategia de comunicación para el Plan.
- ✓ Construcción de un mecanismo que asegure la participación de los internos.
- ✓ Desarrollar e implementar un mecanismo de evaluación y revisión.
- ✓ Realizar un seguimiento de las ONGs que se encuentren trabajando en las Unidades del SPF relacionadas con el Plan.
- ✓ Elaborar los reglamentos y normativas necesarias para la implementación del Plan.

Por razones de cambios en la gestión, la aplicación de este plan fue interrumpida. Mediante el Plan de Gestión 2001 se incorporó y continuó a través de su “Programa V Programa Nacional de Cárcenes Saludables” al “Plan Nacional” comentado en este apartado, para reimpulsarlo y profundizarlo, y que constituye el objeto de análisis del presente informe de auditoría.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

El Programa V y la Buena Práctica Penitenciaria

El Programa analizado aquí trata sobre aspectos fundamentales relacionados con el desarrollo de la vida, tanto de los internos como de los agentes penitenciarios, extendiendo su alcance más allá de intramuros a los familiares directos de ambos grupos humanos. Acerca de estas cuestiones, que según esta Unidad de Auditoría Interna deberían estar contenidas en este Programa, se aportan aquí las opiniones contenidas en el “Manual de Buena Práctica Penitenciaria”:

- *“Condiciones de vida decente en prisión y una política progresista son aspectos cruciales, no solamente para los internos y el personal, sino para las autoridades del recinto penal, el gobierno y los políticos, dado que los presos tarde o temprano retornarán a la sociedad”;*
- *“Una prisión no debe tener una organización militar, ya que una estructura excesivamente jerárquica y un enfoque militar inhibe la responsabilidad personal y reduce el compromiso y el cuidado individual”.*
- *“La salud física y mental de los presos es el aspecto más importante, como también el más vulnerable de la vida en prisión”.*
- *“El cuidado de la salud es, por lo tanto, de gran importancia y la salud de los presos tiene que ser una prioridad en el trato de la institución penal; el nivel de salud y de medicamentos en la institución debe ser, al menos, equivalente al de la comunidad externa. Es una consecuencia de la responsabilidad del gobierno para con la gente privada de su libertad y totalmente dependiente de la autoridad estatal”.*
- *“El estar encarcelado significa no tener poder, ser dependiente y a menudo sin saber lo que pasará no cómo manejar la situación. Esto crea amargura, agresividad, nerviosismo y agotamiento. Las visitas frecuentes al médico, el uso excesivo de pastillas para dormir, tranquilizantes o drogas, incluso intentos de suicidio, especialmente durante la detención preventiva, lo prueba”.*
- *“La salud mental afecta la salud física y viceversa. Por lo tanto, condiciones de vida benévolas, tratamiento que estimule psicológica y socialmente también son asuntos de salud”.*
- *“Asimismo, la confianza de los presos en el cuidado de la salud de la institución es un factor de mejoramiento en sí mismo. Esto sólo puede obtenerse si todos en la prisión saben que para un médico, enfermera o para un trabajador de la salud de la institución, el paciente siempre tiene la prioridad por sobre el orden, la disciplina y cualquier otro interés de la institución penal”.*
- *“Las reglas mínimas contienen reglas que señalan las medidas necesarias; se debe informar prontamente a los presos acerca de ellas y de los procedimientos para obtenerlas; deben conocer el propósito exacto de los remedios prescritos y el contenido de su informe y archivo médico. Debe haber más sinceridad hacia los presos, acerca de su estado personal de salud y tratamiento médico”.*



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

- *“Las reglas implican cierta responsabilidad de los presos por su propio bienestar. Aunque están privados de algunas oportunidades para cuidar su propia salud, no se les priva de la responsabilidad para hacerlo. El personal les debe recordar esto a los presos y alentarlos a ejercitar esa responsabilidad”.*
- *“Ni las reglas mínimas ni ninguna otra reglamentación internacional da la impresión de aceptar cuidado de salud deficiente en las instituciones penales, si es deficiente en la comunidad. El gobierno tiene responsabilidad total por las personas encarceladas que se encuentran bajo su total autoridad. No es tolerable que el encarcelamiento agregue enfermedad y sufrimiento físico o mental al castigo. Por lo tanto, la salud es primera responsabilidad primordial. La responsabilidad es incluso mayor, ya que la situación de encarcelamiento en mayor o menor medida es dañina para la salud de las personas”.*
- *“En la institución, cada miembro del personal debe asegurar que estos derechos de los presos sean cumplidos y contribuir a ello. Se debe hacer mención de los psicólogos y trabajadores sociales. Se debe respetar y apoyar su profesión y posición en la institución penal tal como la de los funcionarios de salud”.*
- *“La salud de los presos es en general más vulnerable que la de los ciudadanos libres, debido a las condiciones de encarcelamiento. El agotamiento emocional del encarcelamiento puede llevar a enfermedades físicas. Sin embargo, puede también pretender estar enfermo y abusar del cuidado médico. No obstante, el médico es el único que puede juzgar esto. Se debe tomar en cuenta también que el hecho de que un preso esté fingiendo una enfermedad, puede indicar que su situación o salud no está del todo bien”.*
- *“No se debe obstruir el acceso a la atención médica de los presos haciéndolos llenar formularios. No es aceptable que el médico, o al menos la enfermera, vea al paciente sólo uno o más días de presentada la queja. Aunque el acceso a los servicios no debe ser administrativamente complicado, esto no significa que no se deba registrar las peticiones. En los asuntos de salud deben evitarse los malos entendidos. Las peticiones deben escribirse en un formulario simple o en un libro especial, ya sea por el personal o por el preso y las deben firmar ambos”.*
- *“La función general de salud y sanidad penal, no se debe atribuir exclusivamente al médico penal, aunque de alguna forma está conectado con su función como médico particular de los presos y como consejero del Director”.*

PROGRAMA V – Programa Nacional de Cárcenes Saludables:

Tal como fuera expuesto en los apartados anteriores, el actual “Programa”, de aplicación en el 2001, se basó en el anterior “Plan Nacional de Cárcenes Saludables” del año 2000. Sin embargo, según surge de las tareas de auditoría efectuadas y de las evidencias a las que se tuvo acceso, la transición del Plan al Programa se efectuó sin que se hayan realizado las evaluaciones y revisiones periódicas que eran parte del “mandato” del Comité Ejecutivo, no existiendo una ponderación crítica respecto de los logros alcanzados y metas pendientes de



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

concreción al momento de elaborar el PG01, careciéndose entonces de una base racional documentada que permitiera dotar a las acciones previstas en el mismo, de la mayor coherencia, continuidad, eficacia y eficiencia.

Si a esto le sumamos la falta de un acto administrativo que apruebe el “Plan de Gestión 2001” y la elaboración de un “Plan de Gestión 2002”, con encomiendas previstas equivalentes a las del Plan anterior y responsabilidades de implementación y gestión sólo en el ámbito del SPF, podemos inferir que los sucesivos incumplimientos de cada una de las iniciativas llevaron a generar otras nuevas que las reemplazaran, pero sin evaluar y ponderar las causas de tales incumplimientos, de manera de incorporar mecanismos de retroalimentación que faciliten la formulación de los Planes y otorguen garantías ciertas de avance y concreción de los resultados previstos.

Debido a que el Programa Nacional de Cárcenes Saludables descansa en principios de PROMOCION DE LA SALUD, esta Unidad de Auditoría Interna ha considerado prudente incluir en el ANEXO I el desarrollo de algunos conceptos actuales referidos al tema “Promoción de la Salud”, aportando las nociones generales respecto de este tema que han sido de utilidad para la definición del enfoque del trabajo de auditoría, para intentar lograr una interpretación integral de las oportunidades y limitaciones que ofrece el PG 2001.

La aplicación de los principios actuales existentes en el campo de la promoción de la salud exigen la redefinición de los servicios de asistencia médica y de áreas conectadas con las actividades promocionales, que naturalmente impactará en la totalidad de una institución, motivo por el cual en el ANEXO II se desarrollan algunos conceptos que serían de utilidad al momento de definir estrategias para el desarrollo de políticas de salud.

Objetivo estratégico

Para el Programa V se ha establecido un Objetivo Estratégico consistente en:

- “Implementar programas de prevención, promoción y atención de la salud de los internos alojados en las Unidades Penitenciarias y del personal del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL”

A su vez, el Programa V se compone de tres Proyectos, que abarcan cuestiones relacionadas “Promoción de la salud de la Población Penitenciaria” – Proyecto 13, el “Cuidado, Tratamiento y Asistencia de internos” – Proyecto 14 y el “Diseño y Ejecución de Estrategias para Grupos Especiales” – Proyecto 15.

Estos proyectos guardan relación formal con sendos “Elementos Componentes” contenidos en el “Plan Nacional de Cárcenes Saludables”, debiéndose insistir en que la carencia de evaluaciones escritas acerca de los logros alcanzados durante su ejecución antes de su incorporación al Plan de Gestión 2001.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Análisis del programa

Respecto de la formulación de este Programa, debe señalarse que esta Unidad de Auditoría Interna considera que se constata una dificultad conceptual en la definición del término programa, en la medida que el Objetivo Estratégico del presente resulta precisamente “Implementar Programas”, de modo que no se respeta la secuencia lógica Plan-Programa-Proyecto.

En este mismo sentido, la definición de las acciones de la administración penitenciaria sobre la salud de las personas en términos de “prevención, promoción y atención” son utilizados como pertenecientes a un único criterio de clasificación, cuando de acuerdo a lo expresado en el Anexo I del presente Informe, existe cuando menos ambigüedad en tal utilización.

Es por ello que en lo sucesivo, en este informe se considerará que el objetivo del presente programa constituye la implementación de “proyectos” relacionados con la “promoción de la salud”.

Tomando en consideración todo lo hasta aquí expuesto, podemos resumir que el Programa V del Plan de Gestión 2001 adolece de graves fallas metodológicas en su diseño e implementación, tanto sea por la falta de consideración de información derivada de anteriores iniciativas similares, como por la no inclusión y/o utilización de herramientas de seguimiento y evaluación que faciliten conocer los resultados obtenidos y producir las modificaciones necesarias frente a cambios en el contexto, o por deficiencias en la precisión de las terminologías y los alcances.

Particularizando en la etapa de Planificación, ya se ha mencionado que los proyectos incluyen tres de los elementos componentes del Plan Nacional original, sin contarse con una plena justificación de los motivos por los cuales los otros no son retomados con la entidad que se le imprimió inicialmente.

En función de las evidencias recabadas para la realización del presente informe, puede inferirse que los proyectos incluidos en el Programa V serían el resultado de una agrupación de iniciativas que cada una de las organizaciones y organismos públicos -Consejo Nacional de la Mujer, SEDRONAR, LUSIDA, Ministerio de Salud y LALCEC- pudiera aportar al Programa, y no como resultado de una tarea consensuada interdisciplinaria y comunicacionalmente horizontal respecto de las necesidades a cubrir.

Es por ello que se considera necesario que en lo sucesivo se mejoren las técnicas de definición y ejecución de los Planes y Proyectos, y se establezcan mecanismos de evaluación que, independientemente de su extensión o profundidad, permitan la creación de un marco temporal apropiado para juzgar sobre una base cierta los logros alcanzados, los pendientes y las opciones surgidas durante la ejecución de un Plan de Gestión y retroalimentar con ello la planificación del ciclo siguiente. A su vez, las metodologías de desarrollo que se apliquen deberán prever los instrumentos de búsqueda de consenso y toma de decisiones que permita la planificación de programas y proyectos que respondan acabadamente a una concepción de objetivos deseables para la población beneficiaria y la organización a la que pertenece.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

También se estima conveniente que en el futuro se otorgue a la planificación de actividades una correlación lógica que respete la jerarquía habitual de Plan – Programa – Proyecto, lo que facilitará la organización y priorización de las acciones a ser ejecutadas en el contexto de procurar “Cárceles Saludables”, y utilizar criterios consistentes en la clasificación de las actividades de impacto en la salud de los internos y agentes penitenciarios.

En cuanto a los documentos y constancias relacionadas con las tareas previstas en el Plan de Gestión en el ámbito de la actual Subsecretaría de POLÍTICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS, debe decirse que carecen de las debidas formalidades y medidas de resguardo necesarias para asegurar la integridad y fiabilidad. En este sentido, cabe señalar que en la oficina destinada a la centralizar de la información en el ámbito de la Subsecretaría se han producido faltantes de material, situación que si bien actualmente fue subsanada, ha significado en los hechos pérdida parcial de datos.

En particular, se ha determinado que no obran constancias documentadas acerca de la realización de reuniones de trabajo implicadas en el proceso de toma de decisiones respecto de la Planificación, Ejecución y Evaluación del Programa V. Esta circunstancia, junto con la ya comentada respecto de la carencia de una evaluación documentada de las actividades encaradas en el año 2000 –en el contexto del Plan Nacional de Cárceles Saludables– imposibilita a esta Unidad de Control expedirse acerca de:

- La razonabilidad de los procesos decisorios claves en una correcta formulación del Programa, y;
- El resultado de la aplicación de tal proceso, es decir, la razonabilidad de los contenidos que finalmente fueron incorporados en los distintos Proyectos que lo componen; tal como la relación entre los proyectos y el objeto del programa del cual son subsidiarios, determinación de las líneas de acción, resultados esperados, criterios de evaluación, tareas en relación con los objetivos, etc.;

Al respecto, se entiende que debería implementarse un sistema de archivos y registros que resguarde la integridad y fiabilidad de la información, permitiendo su adecuado mantenimiento y fácil acceso, con el fin de garantizar la permanencia en la organización de la información y evitar de esa manera la duplicación de esfuerzos. Al mismo tiempo, posibilitaría a las autoridades realizar las evaluaciones de las propuestas llevadas adelante por esa área de la organización, asegurando la reflexión y racionalidad a través de las sucesivas administraciones.

Con respecto de la etapa de Ejecución, sin perjuicio de un detalle mayor en cada apartado específico, vale destacar aquí que se ha verificado una separación entre los cursos de acción previstos en los proyectos y los concretamente realizados por las autoridades responsables. Esta realidad podría estar originada directamente por una inadecuada planificación de los objetivos iniciales y/o de sus métodos, o bien ser consecuencia de la aparición de grandes dificultades no previstas adecuadamente, o la concurrencia de ambas causales.

En cuanto a la ejecución de los tres proyectos considerados en este informe, consideramos que se ha producido una situación de traslación parcial de la responsabilidad, no suficientemente definida y formalizada e imprevista originariamente en el PG 2001, desde



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

las autoridades de la SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS hacia la Dirección Nacional del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL. Dicha situación resiente las competencias asignadas a la mencionada Subsecretaría por el Decreto 357/2002 en cuanto a la ejecución de las tareas encomendadas en el Plan de Gestión 2001.

Lo dicho se basa fundamentalmente en que ciertos aspectos de los Proyectos coordinados por personal de esa Subsecretaría fueron delegados al personal penitenciario, quienes se encargaron de la ejecución y evaluación, quedando sólo a cargo de ésta el monitoreo de los mismos. En este sentido, se destaca también el hecho de que si bien se proyectó una “gestión presupuestaria completa” para la compra de un transporte ligero para el personal médico de los Complejos Penitenciarios I y II, en tiempo de ejecución la SsPCyAP se desligó de esa responsabilidad, que por defecto recayó en el SPF, que no afrontó esa erogación por no ser una prioridad en su presupuesto, máxime cuando al momento de proyectarse el PG01, dicho presupuesto ya estaba elaborado.

Por lo tanto, entendemos que deberían respetarse las competencias asignadas en el Decreto 357/02, mediante una adecuada definición de responsabilidades entre los participantes de los procesos implícitos en el PG 2001.

Por otra parte, en ciertos casos la ejecución de las tareas de los “Proyectos” que constituyen el “Programa” ha sufrido modificaciones respecto de los tiempos establecidos originalmente, disminuyendo el impacto buscado que esas acciones tendrían en caso de haberse ejecutado según la cronología preestablecida.

Asimismo, surge la evidencia que el curso de ejecución del Plan de Gestión 2001 ha engendrado la presencia de al menos tres versiones del mismo:

- El Plan de Gestión tal como fue formulado originalmente;
- El Plan de Gestión tal como lo constan las autoridades centrales;
- El Plan de Gestión que se evidencia en su aplicación por los ejecutores remotos del mismo.

Esto sin considerar que las limitaciones al alcance de las tareas propias de este informe y de las posibilidades mismas de abordaje por esta UAI, implican que no se pueda evaluar directamente cómo vivieron los individuos la intervención que significó la puesta en marcha del Plan en su tiempo y lugar de aplicación.

Lo antedicho se desprende de las consideraciones que al respecto se hará en el análisis particular de cada proyecto y la circunstancia mencionada se hubiera podido minimizar en caso de haberse establecido y efectuado adecuados controles de procesos y resultados.

Respecto de la etapa de Evaluación de los proyectos, sin perjuicio que la documentación que avala esta etapa resulta alcanzada por las falencias detalladas previamente, cabe formular las apreciaciones que se listan a continuación:



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

1. en la mayoría de los casos, no se han preestablecido verdaderas “evaluaciones de impacto” que permitan constatar, sobre una sólida base científica, las consecuencias que diferencialmente tuvo cada proyecto sobre el estado inicial de las poblaciones objeto definidas;
2. las evaluaciones que se han realizado están relacionadas con el establecimiento de controles de procesos más que de resultados o impacto;
3. a la fecha no se han cumplimentado con todas las evaluaciones inicialmente proyectadas;
4. no se han evaluado las consecuencias derivadas del incumplimiento de tareas previstas.

La descripción planteada indica una situación en la cual la organización aún no cuenta con mecanismos evaluativos formales que permitan la revisión de lo actuado en 2001 y la generación de proyectos sustentables y perfeccionables a lo largo de los sucesivos reciclos inherentes a proyectos institucionales de largo aliento como los que se propician en el PG 2001.

Si bien es cierto que, según se desprende del ANEXO I, el aspecto promocional de la salud es objeto de cambios y redefiniciones que tornan dificultosa la implantación de mecanismos evaluativos definitivos, consideramos que aún puede hacerse mucho en el sentido de orientar los esfuerzos de las autoridades responsables de la generación de los Planes de Gestión en la búsqueda de criterios aplicables que permitan dotar a las evaluaciones de los requisitos mínimos de oportunidad, pertinencia, sensibilidad, reproducibilidad, y precisión, entre otras características relevantes.

Lo expresado en los dos párrafos anteriores indica la necesidad de aumentar los esfuerzos que permitan mantener la coherencia en la ejecución de los distintos proyectos, a fin de optimizar el resultado de los trabajos realizados hasta el momento y posibilitar su desarrollo sustentable en el tiempo.

Otro elemento a considerar en el análisis, está representado por el hecho que la inserción de este Programa en el devenir de la administración penitenciaria o de la SsPCyAP no cuenta con un correlato en la asignación presupuestaria de los organismos donde se lo aplica. Sin perjuicio que la “promoción de la salud” en términos generales no es una actividad que descansa exclusivamente en la consecución de recursos financieros, debe recordarse que todas las tareas previstas deberán llevarse a cabo con recursos económicos, algunos preexistentes que serán reorientados al objetivo del Programa (plantas físicas, recursos humanos, conocimientos) y otros específicamente necesarios para la aplicación del mismo (vehículos, material gráfico, vacunas en caso de ser compradas, etc.).

Asimismo esto encuentra correlato con la estructura programática actual del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL que no permite una adecuada diferenciación de los recursos que se destinan a la actividad sustantiva del mismo, es decir, la resocialización de los internos a su cargo, entendida en términos de su acepción legal vigente; esto es, acciones de trato y de tratamiento.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

En este entendido, la presentación del Presupuesto debería poseer una mayor transparencia en demostrar la relación que existe entre la resocialización de internos a través de sus diversas facetas de intervención (trato, tratamiento, actividades asistenciales), y los insumos que se invierten para este fin, diferenciando entre aquellos que contribuyen directa o próximamente a dicho logro, de aquellos que lo hacen sólo indirecta o remotamente.

Dada la naturaleza de estas consideraciones, se concluye que el Programa no cuenta con un instrumento de justificación y sustento ante los administradores de los recursos financieros, tal como es una adecuada representación en los presupuestos en los cuales tiene de hecho participación. Esta carencia redundante en que la organización vea diluida la posibilidad de asignar eficaz y eficientemente sus recursos y comunicar ante los clientes internos, y mucho menos los externos, la adecuada aplicación de los mismos.

Esto comporta la necesidad de efectuar una adecuada formulación presupuestaria que intente ordenar la representación y exposición de las actividades realizadas en nombre del programa analizado en particular, y de todas las acciones encaradas para la sustancial actividad de resocialización de los internos del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL en general.

Proyecto 13 “Promoción de la Salud en la Población Penitenciaria”

El resumen de este proyecto indica que “se ejecutarán acciones destinadas a la prevención, promoción y atención de la salud de los internos alojados en las Unidades Penitenciarias y del personal del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, a través de estrategias formativas dirigidas a los docentes de las cárceles, al personal penitenciario y a los internos y su grupo familiar.”

El equipo de trabajo original está constituido por personal del MINISTERIO DE SALUD, de la SEDRONAR, del Consejo Nacional de la Mujer, del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, del MINISTERIO DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DERECHOS HUMANOS y una Representante de la OPS. La coordinación del equipo recayó en la Dra. Celia WAINSTEIN del ex - MJyDH.

Líneas de acción previstas - Tareas

A efectos de llevar adelante acciones concretas para alcanzar las metas propuestas para el presente Proyecto, se estipularon las siguientes líneas de acción y sus correspondientes tareas:



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Líneas de acción	Tareas previstas
1. “Prevención de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana del SIDA enfermedad.	Preparación, ejecución y presentación de resultados de un estudio anónimo no vinculante para conocer la incidencia del HIV al 29 de junio; Gestión de preservativos para distribución a los internos; dictado de un taller de dos encuentros quincenales para docentes e internos entre abril y octubre de 2001, en distintas Unidades Carcelarias; Preparación y realización de un estudio sobre muestra voluntaria a noviembre de 2001 (no se indica el objeto de este examen).
2. Información y reflexión en cuestiones de género y discriminación, violencia intrafamiliar, salud reproductiva y prevención del cáncer mamario.	Revisión de estrategia docente para charlas en Unidades Penitenciarias; dictado de tres talleres entre mayo y octubre de 2001, en las UC donde se aplica la Metodología Pedagógica Socializadora, en los CRD y en los talleres de la Unidad 31; e informe de evaluación al 14 de diciembre de 2001.
3. Capacitación al personal del equipo de salud y del escalafón general en la temática de las adicciones y a los internos en prevención de las mismas”.	Armado de talleres y charlas al 13 de abril; dictado de un curso de cuatro encuentros para docentes y de un taller de dos encuentros para internos, quincenal, entre abril y octubre de 2001, en distintas UC.
4. Promoción de comportamientos saludables, brindando herramientas conceptuales y metodológicas, para la promoción y protección de la salud.	Recopilación de información sobre incidencia curricular de contenidos de educación para la salud; gestión de elementos de higiene corporal (preservativos, jabones, cepillo y pasta dental) y distribución a los internos; entrega de folletos y dictado de talleres para docentes, entre junio y diciembre, evaluación de la metodología y resultados (sin definir los parámetros o indicadores)
5. Capacitación y fomento de normas de higiene y prevención en salud bucal.	Gestión de elementos de salud bucal para distribución a los internos (sin definir en qué se diferencia de los elementos de higiene bucal cuya entrega está prevista para la línea 4) al 30 de abril de 2001; organización y realización de talleres para docentes; entrega de folletos, entre junio y diciembre; evaluación de la metodología y resultados conseguidos al 14 de diciembre (sin definir los parámetros o indicadores).
6. Vacunación de internos y personal penitenciario.	Gestión de vacunas al 30 de abril de 2001; Aplicación de vacuna contra la gripe a los internos, al 15 de mayo; Aplicación de plan de vacunación contra la Hepatitis B



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

	solamente al personal médico penitenciario entre septiembre y noviembre de 2001.
--	--

Resultados esperados:

Con las líneas definidas, se esperan obtener los siguientes resultados o metas:

1. Dictar cursos, talleres y charlas sobre temas de promoción de la salud, dos veces por semana;
2. Distribuir 20.000 folletos, 20.000 preservativos y 7.500 bolsas higiénicas bucales, trimestralmente;
3. Lograr que al menos un 80 % de los internos conozcan y apliquen medidas básicas de autocuidado y cuidado del otro, con actitudes de disminución de consumo de sustancias y prevención de patologías transmisibles;
4. Disminuir la prevalencia de situaciones violentas y/o discriminatorias en relación al género;
5. Conocer y disminuir la prevalencia de HIV-SIDA y sus consecuencias (según el PG se estima en 8% en base a un estudio voluntario);
6. Realizar al 100% de las internas estudios de Papanicolau y Colposcopia;
7. Vacunar el 100 % de los internos contra la gripe y el 100 % del personal penitenciario en contacto con internos contra la hepatitis B.

Sin perjuicio de las afirmaciones vertidas en los párrafos anteriores acerca de la realización de las actividades previstas en el Plan de Gestión, no se pudieron obtener suficientes pruebas documentales, tales como antecedentes considerados, papeles de respaldo, informes de avance, actas de reuniones, etc., que avale la realización de las jornadas de trabajo previstas en el proyecto, así como tampoco las acciones de búsqueda de consenso por parte de los representantes del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

En tal aspecto, esta U.A.I. entiende que, con igual criterio de la recomendación efectuada a la Subsecretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios, debería implementarse en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, un sistema de archivos y registros, que resguarde la integridad y fiabilidad de la información, permitiendo su adecuado mantenimiento y fácil acceso, con el fin de evaluar, entre otras cosas, cuáles han sido las actividades que han tenido importancia sustancial en la generación de los proyectos llevados adelante.

Una derivación directa de lo antedicho, es la ausencia de evaluaciones integrales y oportunas de las tareas cumplidas y su correlación con los resultados esperados, de tal suerte que las apreciaciones que se vierten a continuación resultan inevitablemente en descripciones parciales de los hechos de los que se da cuenta.

Además, se ha evidenciado que carencias presupuestarias relacionadas con la obtención de traslados a las unidades carcelarias y materiales variados han obstaculizado la ejecución de las tareas programadas.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

A continuación se presenta un detalle más particularizado respecto de la ejecución de cada aspecto de los proyectos incluidos en este Programa, recordando que estas consideraciones deben interpretarse en el contexto general comentado para el Programa V.

1. Prevención de la infección por el VIH.

Según las autoridades de la SsPAYAP, para cumplimentar este punto se encaró una metodología consistente en encuentros de nivelación sobre conocimientos acerca de la transmisión del VIH y su prevención. En el caso del personal del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL se enfocó en la problemática de la bioseguridad en el contacto diario con los internos. Se realizaron visitas a los distintos sectores de la Unidad 2, que es donde finalmente se trabajó, contando con la presencia del Director de la Unidad para definir el lugar de colocación de la propaganda mural y los dispensadores de preservativos. Además se distribuyeron calcomanías ofreciendo una línea telefónica gratuita para consultas sobre diversas cuestiones en relación al SIDA y la infección con VIH. Estos materiales se distribuyeron en las aulas, en las salas de visitas íntimas, Cresida, pabellón de visitas íntimas, visita común, pabellón entrepiso 1 y personal.

Los estudios anónimos no vinculantes o sobre muestra voluntaria para conocer la incidencia del HIV al 30 de abril y a noviembre de 2001 no se llevaron a cabo. Consecuentemente con esto, no se obtuvo la información que el mismo PG 2001 había considerado necesario para la realización de las actividades posteriores al estudio, sin perjuicio que en el enunciado del Plan no se explicita tal correlación.

Sin embargo, la carencia de información consecuente con este incumplimiento no debería conceptuarse como total, ya que el SPF viene desarrollando rutinariamente un reporte de casos HIV-SIDA que se detectan y tratan en las Unidades Carcelarias -a las mismas autoridades de la SsPCyAP que llevaron adelante el PG 2001-. De lo descrito, y si bien es cierto que posiblemente esos datos no son exactamente los requeridos en el Plan, es evidente que dicha oficina cuenta con datos relacionados como parte habitual del procedimiento de obtención de diagnósticos y tratamiento del HIV-SIDA -tramitación que se efectúa ante las autoridades del MINISTERIO DE SALUD-, y podrían tener alguna utilidad, aunque sea marginal, para los objetivos perseguidos. Aún así, no surge que tal información haya sido efectivamente usada con el propósito de satisfacer los objetivos del PG 2001.

Por lo expuesto, en lo sucesivo se considera necesario establecer:

- Con total claridad, la conveniencia de encarar estudios como el proyectado, con su correspondencia explícita con tareas posteriores con las que tenga relación de conexidad, y el impacto en la población objeto;
- Vías o datos alternativos en caso de no poder acceder a la información necesaria tal como estuviera proyectada;
- Tareas en un grado de precisión que permita diferenciar las actividades surgidas de un Plan de Gestión respecto de aquellas que se vienen desarrollando habitualmente, en la SsPCyAP o en el SPF.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Respecto de la distribución de preservativos y folletos, que estuvo a cargo de LUSIDA, en el contexto de un convenio firmado en abril de 2000, debe decirse que según las manifestaciones de la SsPCyAP y del SPF, las actividades fueron realizadas, aunque sólo en la U.2, y con la salvedad que en ciertos casos la colocación concreta de los materiales de divulgación fue realizada por personal del SPF. Las actividades comentadas, y la mayoría de las que se describen a continuación, se orientaron principalmente a la fracción de la población penal que estuviera cumpliendo con algún nivel de educación formal, y a los docentes u otro tipo de personal penitenciario. En este sentido no se ha tomado conocimiento que se hubiera planteado y decidido críticamente que esta modalidad sea la más “efectiva” para lograr la mayor accesibilidad de estos recursos a toda la población penal.

Por tal motivo, y sin soslayar la necesidad de iniciar actividades a través de “agentes multiplicadores”, se cree conveniente reexaminar lo actuado, a fin de minimizar la posibilidad de aumentar las diferencias o dependencias entre grupos dentro de la población penal, los que por ciertas características, más allá del mero hecho de ser humanos en prisión, tengan privilegios en la accesibilidad de aquellos bienes -preservativos, conocimientos, información- que se pretenden difundir a través de campañas como la presente. Con igual criterio debería procederse con el personal penitenciario.

Los talleres informativos fueron efectuados también por agentes de LUSIDA, y sólo se lograron los destinados para los docentes de las Unidades 2, 3, 21, CPFJA y CPF II. En ellos se abordó información básica sobre aspectos biomédicos, sexualidad, uso correcto de preservativos y aspectos socioculturales, no contándose con más información respecto de la cantidad de docentes que participaron de los encuentros.

Sin perjuicio del presente detalle, el grado de cumplimiento no puede establecerse con certeza, debido a que las informaciones surgidas de distintas fuentes son inconsistentes entre sí, por ejemplo al intentar definir el alcance de los procedimientos en términos de los materiales (preservativos o folletería) entregados o los talleres concretados. Esto se explicaría, al menos en parte, a que aún no se han realizado las tareas de evaluación a ser desarrolladas por parte de los equipos de trabajo involucrados.

2. Información y reflexión en cuestiones de género y discriminación.

En este aspecto se trabajó para la generación de un ambiente de reflexión sobre la temática del género y sus consecuencias en la vida cotidiana de las mujeres y las/os jóvenes alojados en Unidades del SPF, y sensibilizar sobre la problemática de violencia familiar.

De las constancias a las que tuvo acceso esta Unidad de Auditoría Interna, no se abordó explícitamente la revisión de la estrategia docente para charlas en Unidades Penitenciarias; así como tampoco se encuentra disponible un informe de evaluación integral prevista al 14 de diciembre de 2001.

De esta manera no se obtuvo la información que en el mismo PG 2001 se consideró necesaria para la ejecución de las actividades posteriores relacionadas, ni se cuenta con una evaluación que permita ajustes y retroalimentaciones en desarrollos futuros.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

A esto se suma que el trabajo del Consejo Nacional de la Mujer se realizó durante el año 2001, sin un convenio que avale las acciones efectuadas y responsabilice a las partes a la consecución de resultados concretos.

Es por ello que se considera necesario abordar en los planes de gestión futuros, a través del perfeccionamiento de convenios adecuados, las interacciones entre la SsPCyAP - como autoridad responsable y nexos-, el SPF y las distintas organizaciones involucradas en la ejecución del PG, a efectos de otorgar a las acciones de la mayor coordinación posible, más aún considerando por ejemplo, que como experiencia en el 2001 el Organismo Coordinador y Evaluador de los Programas de Tratamiento determinó que los responsables en las distintas Unidades donde se desarrollaron las charlas y talleres solicitaron más capacitación específica que la ofrecida.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, que apareció también en el componente de capacitación en temas de adicciones, es que como resultado de estos talleres de información y reflexión, se creó en la población participante una necesidad que se tradujo en un mayor porcentaje de demanda asistencial, que en apariencia no habría podido ser satisfecha en su totalidad.

Este presunto aumento de demanda de atención, sin perjuicio de no estar evaluada a la fecha, sería una consecuencia previsible en la medida que se interprete a la utilización de los servicios de salud desde una perspectiva sistémica.

Desde este punto de vista cada sociedad tiene vías de ingreso especiales a través de las cuales se entra al sistema. Como ejemplos más o menos primarios pueden mencionarse a los médicos que proporcionan atención ambulatoria en las consultas, centros de salud, y los departamentos de consultorios externos de los hospitales.

Del análisis del proceso de la atención médica se desprenden tres niveles:

- Probabilidad de percibir la enfermedad o necesidad de atención
- Probabilidad de solicitar atención médica
- Probabilidad de conseguir una combinación de tratamientos

A partir de datos empíricos, es posible estimar las probabilidades de que los individuos soliciten atención y de que los médicos deriven a esos pacientes a otros componentes del sistema.

El estudio de la utilización de los servicios de salud se centra, desde el punto de vista sistémico, en el análisis de las tres probabilidades. Estos se hallan influidos por los tipos de alteraciones de cada individuo, por las conexiones sociales que posea, la morbilidad percibida, el estado y características del medio de ingreso al sistema y por el resto del propio sistema de salud.

Así planteado, las relaciones entre estos elementos describen un proceso probabilístico de toma de decisiones, dentro del cual, el más elevado nivel decisional de la sociedad analiza el fenómeno de la salud y la enfermedad como centro de la formulación de políticas sanitarias, a partir de la aparición de conflictos entre el medio interno y externo de



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

los individuos y sus conexiones sociales aparejadas por la morbilidad, y su resolución por medio de la aplicación de las mencionadas políticas.

Conforme estos parámetros y en la medida de las posibilidades, en las actividades promocionales de la salud se deberán tener en cuenta las derivaciones previsibles y el consecuente aumento de demanda en los demás niveles asistenciales.

Otra derivación de las acciones de capacitación encaradas bajo este proyecto, es la percepción que las mismas “saturarían” la capacidad de los docentes de las unidades del área Capital Federal y Gran Bs. As.

3. Capacitación al personal de salud, del escalafón general y a los internos en adicciones y prevención.

Los ejes en los cuales se fundamentó este punto se centraron en desmitificar prejuicios existentes en la temática de las adicciones, reflexionar acerca de los diferentes niveles de consumo de sustancias activas y transmitir técnicas de reducción de daños.

En la redacción del Objetivo 3 de este Proyecto se advierte que si bien la capacitación era destinada para el escalafón cuerpo general -entre otros-, en las “Tareas Previstas” se contempla exclusivamente a docentes e internos, resultando que en la realidad sólo estos fueron los que recibieron la capacitación referida. De tal manera no se ha cumplimentado el objetivo educacional expresado en este punto, sin que mediara justificación alguna de la restricción de la decisión implícita en los hechos comentados, significando además una incorrecta correlación entre los objetivos y las tareas que representarían la consecución de los mismos.

Al igual que en el punto anterior se generó, a resultas de la estrategia implementada con los internos, una demanda de tratamiento a la que no pudo darse respuesta por carecerse de la infraestructura necesaria

Independientemente de lo antedicho, en evaluaciones parciales de lo actuado se aprecia la aparición de dificultades relacionadas con la obtención de espacios físicos adecuados, y problemas de comunicación con los Directores de las Unidades (luego subsanadas) y con los internos, situaciones que deberían haber sido previstas con anterioridad a la puesta en marcha de las tareas del punto analizado.

4. Promoción de comportamientos saludables.

Según las autoridades, se procuró brindar herramientas conceptuales y metodológicas, para la promoción y protección de la salud. Las bases de las tareas educativas estuvieron centradas en estimular una conducta positiva por parte de la comunidad penitenciaria hacia el cuidado de la salud, capacitando y fomentando normas de higiene y prevención en salud bucal.

Respecto de esta línea de acción, se pueden hacer los siguientes comentarios:

- Dentro de este punto se previó la provisión de un paquete de elementos denominado “Bolsas Higiénicas” (conteniendo jabón, cepillo, pasta dental y preservativos). Al mismo tiempo, en la Línea de Acción 5, se estableció la gestión y entrega de “elementos de higiene bucal”, significando lo dicho una



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

superposición y duplicación de objetivos y esfuerzos entre sí y con el proyecto de trabajo LUSIDA, en tiempo de planificación de la Gestión 2001;

- La ejecución de las entregas aquí comentadas no se realizaron de acuerdo con lo previsto, debido en parte, y de acuerdo a manifestaciones de las autoridades responsables, a problemas presupuestarios;
- Se previó la gestión de elementos que deben ser canalizados en forma programada y rutinaria a través de la División Suministros del SPF, tal como los de higiene bucal y corporal.

Por lo expuesto, resulta necesario establecer una mayor consistencia a la correlación entre los objetivos y las tareas que representarían la consecución de los mismos, evitando la duplicación de esfuerzos y teniendo en cuenta las acciones realizadas en forma habitual por el SPF.

5. Capacitación y fomento de normas de higiene y prevención en salud bucal.

De acuerdo con las manifestaciones de las autoridades de la SsPCyAP, e independientemente de la planificación de actividades, la ejecución de esta línea de acción no ha merecido una entidad suficiente como para diferenciarla de otras anteriormente descritas. En este sentido se informa la no realización de ninguna actividad propia del Programa Nacional de Cárceles Saludables relacionada con esta línea, coincidiendo con la primera aproximación que se obtuvo por parte del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

Sin embargo, lo antedicho contrasta con lo informado por la Inspectora Odontóloga de la División Asistencia Médica del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL. En efecto, a requerimientos puntuales de esta UAI, y en su carácter de participante del grupo de trabajo del PG 2001 original, la mencionada funcionaria realizó una evaluación de lo actuado, detallando la realización de cursos, talleres y charlas en las Unidades 2, 20, 21, 27 y 24. Asimismo, en las U. 20, 27 y 21 se distribuyeron cepillos dentales a los internos concurrentes, debiéndose mencionar que los cepillos fueron comprados por el odontólogo a cargo de las charlas.

Se desprende de la descripción detallada una insuficiente metodología de evaluación y control interno, aplicados al seguimiento por parte de las autoridades centrales respecto de actividades realizadas en las Unidades Carcelarias, lo cual conlleva al “divorcio” observado en las informaciones suministradas respecto de la ejecución de esta línea de acción.

Esto a su vez evidencia que no existe una adecuada diferenciación, en el Plan de Gestión 2001, de las actividades encaradas en forma rutinaria y habitual por el personal del SPF, respecto de las nuevas herramientas metodológicas que se agregan a la gestión.

Un grado óptimo de diferenciación debería permitir el establecimiento de comunicaciones efectivas (favoreciendo las actividades de control y evaluaciones requeridas) y una correcta asignación de responsabilidades y méritos a los participantes de todos los niveles de actuación, desde el más abstracto constituido por las autoridades políticas encargadas, hasta el más real y acuciado por las necesidades que se quieren satisfacer a través de la implementación de las políticas analizadas, es decir la población beneficiaria.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Se entiende necesario que en la formulación de Planes de Gestión sucesivos se implementen controles internos efectivos, evaluaciones consistentes con aquellos y estrategias de comunicación de acciones y resultados, todas ellas basadas en una descripción de actividades que permita diferenciar a las tareas habituales de otras prácticas y estrategias innovadoras.

6. Vacunación de internos y personal penitenciario.

Esta tarea preventiva se viene desarrollando desde hace dos años, ya que según las autoridades del la SsPCyAP. se cuenta con provisión de vacunas por parte del MINISTERIO DE SALUD.

De acuerdo con las evidencias a las que se tuvo acceso, la aplicación de las vacunas antigripales presentó las siguientes deficiencias:

- Se aplicaron en forma tardía, en los meses de julio y agosto. En este punto cabe recordar que la Organización Mundial de la Salud recomienda la vacunación previa al período invernal para lograr la máxima inmunización en los pacientes;
- Parte del atraso se debió a que el SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL tuvo que hacerse cargo del transporte aéreo para su distribución en la distintas unidades;
- El porcentaje de vacunados resultó ser bajo respecto de las expectativas;
- Ciertas Unidades Carcelarias consiguieron vacunas de manera alternativa a la distribución central propuesta en el PG 2001, y no recibieron o devolvieron las dosis;
- Las planillas de entrega de vacunas, que ofician de control sobre las cantidades de dosis y jeringas entregadas a las Unidades Carcelarias, son inconsistentes.
- No se cuenta con información de ciertas Unidades Carcelarias;
- No consta el destino de las dosis no utilizadas;
- Independientemente que no estuviera previsto en el PG 2001, se terminó ofreciendo vacunación a ex - agentes penitenciarios;
- El origen de las vacunas resulta parcialmente contradictorio, ya que según la Subsecretaría las vacunas las proveyó el MINISTERIO DE SALUD en virtud del convenio firmado, en tanto que el SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL afirma que fueron entregadas por PAMI.

A la fecha aún no se había concretado la vacunación para Hepatitis B, si bien se considera, que a diferencia de lo enunciado en el PG 2001, sólo debería aplicarse a los agentes que trabajan en centros de salud y a los de seguridad y traslados, y no a la totalidad.

Por otra parte, el Organismo Coordinador y Evaluador de los Programas de Tratamiento informó que se realizó en la Unidad 17 una vacunación de fiebre amarilla, situación que no fue informada ni por la SsPCyAP ni por la División Asistencia Médica del SPF.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

En virtud de lo descrito se considera fundamental establecer adecuados controles internos que garanticen una buena ejecución de las actividades y corrección de los desvíos. Asimismo, debería aumentarse la comunicación entre los participantes de la ejecución central y descentralizada, a efectos de no duplicar esfuerzos, y establecer los criterios de mayor peso para proyectar realísticamente los procedimientos y los alcances que los mismos tendrán.

Proyecto 14 – Cuidado, Tratamiento y Asistencia a los Internos:

El resumen de este proyecto indica que “se busca resolver problemas que permitan asegurar una asistencia médica que responda satisfactoriamente a los requerimientos del cuidado y la asistencia de salud física y psíquica de los internos, del seguimiento y prevención de las enfermedades en las Unidades Penitenciarias.”

El equipo de trabajo original está constituido por personal del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL y del MINISTERIO DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DERECHOS HUMANOS. La coordinación del equipo recayó en el Dr. Carlos BERTONA del ex - MJyDH.

Líneas de acción previstas – Tareas:

Para de llevar adelante acciones concretas para alcanzar las metas propuestas para el presente Proyecto, se estipularon la siguiente línea de acción y su correlato de tareas previstas:

Líneas de acción	Tareas previstas
1. Revisar críticamente los problemas principales surgidos en la atención médica apoyando, optimizando e incluso, de ser necesario, reforzando los recursos humanos y técnicos, asegurando los insumos y las instalaciones necesarias.	Análisis y propuesta de solución para el cumplimiento de la reglamentación de historias clínicas al 15/4. Determinación de infraestructura y equipamiento necesario para asistencia médica del hospital del CPF I. al 4/5. Análisis de la cobertura de médicos de guardia y enfermería. Realizar gestiones presupuestarias completas para adquirir un transporte ligero para traslado exclusivo de personal médico dentro de CPF I y II, al 1/6. Realizar curso de primeros auxilios para suboficiales e internos, al 15/6. Propuesta de redistribución y aprovechamiento del personal surgida a partir del estudio previsto al 29/6. Factibilidad de contratación de seguros de mala praxis, surgidos del estudio realizado al 31/7. Propuesta de reforma sobre metodología y presentación del Presupuesto del Servicio Penitenciario Federal, en las partidas correspondientes a la División de Asistencia Médica al 31/8. Diagnóstico de necesidades y problemas efectuado a partir de las visitas en las UC del interior del país. Informe de la atención médica en las UC, al 31/10.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Resultados esperados

Se definieron los siguientes resultados o metas esperables:

1. Programar y ejecutar una organización de asistencia médica sobre la base de atención primaria de la salud, servicios de especialidades y de apoyo y un sistema normatizado de derivación según complejidades;
2. Capacitar en forma continua al personal dedicado a la asistencia médica y promoción de la salud, enfatizando la capacitación del personal penitenciario para que puedan actuar, en caso de urgencia, como paramédicos y de primeros auxilios (articulado con el proyecto 6 del programa II);
3. Diseñar un plan de informatización de historias clínicas, información interservicios e interconsultas clínicas, de imágenes, de tratamientos de apoyo en crisis o agudos, articulando con el proyecto 16 del programa VI.

Análisis del Proyecto

La ejecución de esta línea de acción se ha visto reducida a la toma de conocimiento de la distribución del personal sanitario en las Unidades Carcelarias, no percibiéndose la generación de nueva información más allá de la que ya se contaba al momento de elaborar los “Antecedentes” de este mismo proyecto. En particular, se deja constancia que el relevamiento de información realizado tiene su correlato en la información que maneja rutinariamente el SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL a través de la División Asistencia Médica o la Dirección de Personal.

Respecto de la informatización de las Historias Clínicas, que se encuentra articulada con el Programa VI, esta Unidad de Auditoría Interna ya se ha expedido en el Informe N° 301/02 UAI-MJSyDH “PG 2001 – Programa VI Sistema de Información Penitenciaria.

De tal manera, el proyecto no ha tenido prácticamente ningún impacto en la atención sanitaria que se buscaba mejorar a través de la identificación de problemas, y propuestas de solución a los mismos.

Parte de las razones que explicarían el incumplimiento de las tareas previstas pueden encontrarse en la desafectación del responsable de la coordinación del proyecto, sin perjuicio de señalar que el grupo de trabajo que lo acompañó no continuó con los objetivos propuestos.

En el mismo sentido, y de acuerdo a lo ya señalado en las características generales del Programa V, debe advertirse que en la planificación se estableció tareas de difícil cumplimiento, tal como la realización de gestiones presupuestarias completas para adquisición de automotores, fuera de los tiempos establecidos para una adecuada formulación y asignación presupuestaria.

Por esta razón, se entiende necesario insistir en la utilización de todos los esfuerzos posibles a los efectos de dar respuesta a los persistentes problemas ya identificados en la justificación de los antecedentes de este mismo proyecto.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

En la medida que se tome la recomendación efectuada, a criterio de esta UAI, sería conveniente guardar los siguientes recaudos:

- Realizar encuestas para conocer las inquietudes del personal en relación con necesidades de capacitación autopercebidas y grado de predisposición para los nuevos desafíos que se les propondrán;
- En la medida que se propongan actividades que en la vida libre se encuentren bajo la forma de actividades profesionales reguladas, deberá tomarse en cuenta la posesión de la matriculación correspondiente por parte del personal que las realice intramuros;
- La estructura programática actual del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL no permite una adecuada diferenciación de los recursos que destinan a la actividad sustantiva del mismo, es decir, la resocialización de los internos a su cargo, definida a la misma en términos de su acepción presente en la legislación vigente; esto es, acciones de trato y de tratamiento.

Es por ello que la propuesta de reforma en la metodología y presentación del Presupuesto en las partidas de la DAM debería ser parte de una mayor, que transparente la relación entre la resocialización de internos en sus diversas facetas (trato, tratamiento, actividades asistenciales), y los insumos que se invierten para este fin, diferenciando entre aquellos que contribuyen directa o próximamente a dicho logro, de aquellas que lo hacen sólo indirecta o remotamente.

Proyecto 15 – Diseño y Ejecución de Estrategias para Grupos Especiales:

El resumen de este proyecto indica que “se trata de prevenir la diseminación de enfermedades físicas o mentales, así como de minimizar sus impactos adversos, focalizando la atención de la salud en determinados grupos especiales, aquí definidos: mujeres en prisión, madres con niños pequeños y adultos mayores.”

El equipo de trabajo original está constituido por personal del MINISTERIO DE SALUD, de la SEDRONAR, del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, del MINISTERIO DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DERECHOS HUMANOS. La coordinación del equipo recayó en la Lic. Marisa ORRILLO ABATE del SPF.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Líneas de acción previstas – Tareas:

Para alcanzar las metas propuestas para el Proyecto analizado, se estipuló la siguiente línea de acción y su correspondiente tareas previstas:

Líneas de acción	Tareas previstas
El proyecto permitirá avanzar en la atención particularizada de los grupos especiales descriptos, para lo cual será necesario diseñar líneas operativas específicas. En tal sentido serán aprovechables los espacios asistenciales existentes: Centro de Rehabilitación de Drogadependientes (U.3), talleres en el Instituto Correccional de Mujeres (U.31) y Programa “Viejo Matías” (Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz”.	Realización de contactos con unidades seleccionadas. Realizar gestiones presupuestarias para obtención de recursos necesarios. Realización de entrevistas programadas con equipos terapéuticos, desde mayo hasta junio. Concreción de las charlas de capacitación para las internas, acerca del auto examen de mamas: entre junio y agosto. Acondicionamiento de lugares adecuados. Disposición de criterios de admisión del personal y de los internos. Inicio del programa “El viejo Matías” al 1 de septiembre, a través de talleres de huerta, artesanías, consultas médicas.

Para cada una de estas líneas de acción se establecieron una serie de tareas previstas, que a grandes rasgos consistieron en;

Resultados esperados

Se definieron los siguientes resultados o metas esperables:

1. Concientizar a la población sobre la necesidad de vivir en salud;
2. mejorar el acceso al sistema de salud;
3. generar conciencia sobre normas de higiene y prevención;
4. Incrementar el número de atención precoz de los síntomas;
5. disminuir el porcentaje de patologías infectocontagiosas;
6. disminuir el porcentaje de cáncer de mama y de cuello de útero;
7. incrementar la consulta regular y voluntaria pediátrica;
8. incrementar el control pre y posnatal;
9. disminuir los abortos y embarazos no deseados;
10. detección temprana de las patologías propias de adultos mayores;
11. prevención de accidentes comunes en la tercera edad;
12. realización de controles clínicos periódicos y valoración de la capacidad psicofísica en todo el grupo etario.

Análisis del Proyecto

Respecto de la planificación de las tareas, vale señalar que se previó “gestionar presupuestariamente” los recursos necesarios en fechas en las que se torna prácticamente imposible de obtención para el ejercicio 2001, circunstancia que mermó las posibilidades de encarar con éxito las etapas que fueran dependientes de ésta.

Como ya se ha señalado, gestiones como la comentada se deberán llevar a cabo oportunamente y de acuerdo a las necesidades de financiamiento que se prevean, ya que sin el



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

financiamiento asegurado para parte o todo el Proyecto, las tareas, acciones y/o contrataciones que eventualmente puedan concretarse, corren serio riesgo de transformarse en improductivas.

Con relación a la ejecución de las tareas, se encontró con la limitación consistente en la carencia de recursos financieros oportunos para llevar a cabo parte de las mismas. A resultas de lo expuesto, por ejemplo, no se pudo acondicionar los lugares adecuados para el denominado “Programa Viejo Matías”.

De las acciones previstas, sólo se realizaron las charlas de capacitación para internas acerca del autoexamen de mamas, que de acuerdo con lo manifestado por las autoridades de la SsPCyAP estuvieron incluidas en la ejecución del proyecto 13, con los mismos responsables y en las mismas oportunidades, aunque con características distintivas en función de la población especial definida para este proyecto 15.

La realización de esa tarea en común no permite inferir que se haya dado cumplimiento a las otras que se habían explicitado en la redacción original del PG 2001, o de aquellas implícitas en los objetivos, fundamentos o población beneficiaria del Proyecto 13.

De lo expuesto, tanto en la formulación como en la ejecución del PG 2001, cabría suponer la existencia de superposiciones de funciones o actividades derivadas de los objetivos especificados para la población penal en general y las necesidades diferenciales determinadas en los “grupos especiales”, que dificultan la apreciación de estos últimos grupos como depositarios de acciones esencialmente distintas de los primeros.

Se entiende conveniente, para la elaboración de futuros planes de gestión, delimitar con una mayor precisión el diseño de objetivos para grupos especiales que merezcan entidad propia, por no estar considerados ya en la generalidad de la población penal.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

VII. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PROGRAMA V – Programa Nacional de Cárceles Saludables

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
<p>El Programa V del Plan de Gestión 2001 adolece de graves fallas metodológicas en su diseño e implementación, tanto sea por la falta de consideración de información derivada de anteriores iniciativas similares, como por la no inclusión y/o utilización de herramientas de seguimiento y evaluación que faciliten conocer los resultados obtenidos y producir las modificaciones necesarias frente a cambios en el contexto, o por deficiencias en la precisión de las terminologías y los alcances. En función de las evidencias recabadas para la realización del presente informe, puede inferirse que los proyectos incluidos en el Programa serían el resultado de una agrupación de iniciativas que cada una de las organizaciones y organismos públicos -Consejo Nacional de la Mujer, SEDRONAR, LUSIDA, Ministerio de Salud y LALCEC- pudiera aportar al Programa, y no como resultado de una tarea consensuada interdisciplinaria y comunicacionalmente horizontal respecto de las necesidades a cubrir.</p>	<p>Alto</p>	<p>Se considera necesario que en lo sucesivo se mejoren las técnicas de definición y ejecución de los Planes y Proyectos, y se establezcan mecanismos de evaluación que, independientemente de su extensión o profundidad, permitan la creación de un marco temporal apropiado para juzgar sobre una base cierta los logros alcanzados, los pendientes y las opciones surgidas durante la ejecución de un Plan de Gestión y retroalimentar con ello la planificación del ciclo siguiente. A su vez, las metodologías de desarrollo que se apliquen deberán prever los instrumentos de búsqueda de consenso y toma de decisiones que permita la planificación de programas y proyectos que respondan acabadamente a una concepción de objetivos deseables para la población beneficiaria y la organización a la que pertenece.</p> <p>También se estima conveniente que en el futuro se otorgue a la planificación de actividades una correlación lógica que respete la jerarquía habitual de Plan – Programa – Proyecto, lo que facilitará la organización y priorización de las acciones a ser ejecutadas en el contexto de procurar “Cárceles Saludables”, y utilizar criterios consistentes en la clasificación de las actividades de impacto en la salud de los internos y agentes penitenciarios.</p>



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
<p>Con relación a los documentos y constancias relacionadas con las tareas previstas en el Plan de Gestión en el ámbito de la actual Subsecretaría de POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS, debe decirse que carecen de las debidas formalidades y medidas de resguardo necesarias para asegurar la integridad y fiabilidad.</p> <p>No obran constancias documentadas acerca de la realización de reuniones de trabajo.</p>	Alto	<p>Debería implementarse un sistema de archivos y registros que resguarde la integridad y fiabilidad de la información, permitiendo su adecuado mantenimiento y fácil acceso, con el fin de garantizar la permanencia en la organización de la información y evitar de esa manera la duplicación de esfuerzos. Al mismo tiempo, posibilitaría a las autoridades realizar las evaluaciones de las propuestas llevadas adelante por esa área de la organización, asegurando la reflexión y racionalidad a través de las sucesivas administraciones.</p>
<p>En cuanto a la ejecución de los tres proyectos considerados en este informe, esta Unidad de Control considera que se ha producido una situación de traslación parcial de la responsabilidad, no suficientemente definida y formalizada e imprevista originariamente en el PG 2001, desde las autoridades de la SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS hacia la Dirección Nacional del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL. Dicha situación resiente las competencias asignadas a la mencionada Subsecretaría por el Decreto 357/2002 en cuanto a la ejecución de las tareas encomendadas en el Plan de Gestión 2001.</p> <p>Se ha verificado una separación entre los cursos de acción previstos en los proyectos y los concretamente realizados por las autoridades responsables. Por otra parte, en ciertos casos la ejecución de las tareas de los "Proyectos" que constituyen el "Programa" ha sufrido modificaciones respecto de los tiempos establecidos originalmente, disminuyendo el impacto buscado que esas acciones tendrían en caso de haberse ejecutado según la cronología preestablecida.</p>	Alto	<p>Deberían respetarse las competencias asignadas en el Decreto 357/02, mediante una adecuada definición de responsabilidades entre los participantes de los procesos implícitos en el PG 2001.</p> <p>Se necesita aumentar los esfuerzos que permitan mantener la coherencia en la ejecución de los distintos proyectos, a fin de optimizar el resultado de los trabajos realizados hasta el momento y posibilitar su desarrollo sustentable en el tiempo.</p>



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
<p>Respecto de la etapa de evaluación de los proyectos, en la mayoría de los casos no se han preestablecido verdaderas evaluaciones de impacto, las que se han realizado están relacionadas a controles de procesos más que de resultados o impacto, no se ha cumplimentado con todas las evaluaciones inicialmente proyectadas y no se ha evaluado las consecuencias derivadas del incumplimiento de tareas previstas.</p>	Alto	Sería necesario orientar los esfuerzos de las autoridades responsables de la generación de los Planes de Gestión en la búsqueda de criterios aplicables que permitan dotar a las evaluaciones de los requisitos mínimos de oportunidad, pertinencia, sensibilidad, reproducibilidad y precisión, entre otras características relevantes.
<p>El Programa no cuenta con un instrumento de justificación y sustento ante los administradores de los recursos financieros, tal como es una adecuada representación en los presupuestos en los cuales tiene de hecho participación. Esta carencia redundo en que la organización vea diluida la posibilidad de asignar racionalmente sus recursos y la adecuada aplicación de los mismos.</p> <p>Adicionalmente, para el cumplimiento de algunos objetivos de los Proyectos componentes del Programa se presentaron problemas de insuficiencia de partidas presupuestarias, lo que significó una ejecución parcial de los mismos o directamente no haberse logrado el objetivo esperado.</p>	Alto	<p>Esto comporta la necesidad de efectuar una adecuada formulación presupuestaria que intente ordenar la representación y exposición de las actividades realizadas en nombre del programa analizado en particular, y de todas las acciones encaradas para la sustancial actividad de resocialización de los internos del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL en general.</p> <p>Al encarar la ejecución de un Programa/Proyecto, quienes tienen la responsabilidad de su lanzamiento, deberán evaluar criteriosamente la conveniencia de su iniciación si no está asegurado el financiamiento, ya que eventuales incumplimientos, parciales o totales de provisión de bienes o servicios, pueden tornar en absolutamente inproductivas el resto de las tareas y acciones que se realicen.</p>



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Proyecto 13 “Promoción de la Salud en la Población Penitenciaria”:

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
Prevención de la infección por el VIH.		
No se llevaron a cabo los estudios anónimos no vinculantes o sobre muestra voluntaria para conocer la incidencia del HIV al 30 de abril y a noviembre de 2001.	Medio	Se considera necesario establecer la conveniencia de encarar estudios como el proyectado o datos alternativos en caso de no poder acceder a la información necesaria tal como estuviera proyectada; individualizando las actividades surgidas de un Plan de Gestión con respecto de aquellas que se vienen desarrollando habitualmente, en la SSPCyAP, o en el SPF.
Las actividades se orientaron principalmente a la fracción de la población penal que estuviera cumpliendo con algún nivel de educación formal y/o docentes.	Medio	Se cree conveniente reexaminar lo actuado, a fin de minimizar la posibilidad de aumentar las diferencias dentro de los grupos de la población penal.
Información y reflexión en cuestiones de género y discriminación.		
No se abordó explícitamente la revisión de la estrategia docente para charlas en Unidades Penitenciarias; así como tampoco se encuentra disponible un informe de evaluación integral prevista para el 14 de diciembre de 2001, por lo que no se obtuvo la información necesaria para la ejecución de las actividades posteriores relacionadas. El trabajo del Consejo Nacional de la Mujer se realizó durante el año 2001 sin un convenio que avale las acciones efectuadas y responsabilice a las partes a la consecución de resultados concretos.	Alto	Se debería abordar en los planes de gestión futuros, a través del perfeccionamiento de convenios adecuados, las interacciones entre la SSPCyAP -como autoridad responsable y nexos-, el SPF y las distintas organizaciones involucradas en la ejecución del PG, a efectos de otorgar a las acciones la mayor coordinación posible
Se creó en la población participante una necesidad que se tradujo en un mayor porcentaje de demanda asistencial, que en apariencia no habría podido ser satisfecha en su totalidad	Alto	Se recomienda que en la medida de las posibilidades, en las actividades promocionales de la salud se tenga en cuenta el previsible impacto y consecuente aumento de demanda en los demás niveles asistenciales



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
Capacitación al personal de salud del escalafón general y a los internos, en adicciones y prevención.		
En la redacción del Objetivo 3 de este Proyecto se advierte que si bien la capacitación era destinada para el escalafón cuerpo general -entre otros- en las “Tareas Previstas”, se contempla exclusivamente a docentes e internos.	Medio	Se entiende necesario proveer de una mayor consistencia a la correlación entre los objetivos y las tareas que representarían la consecución de los mismos.
Se generó a resultas de la estrategia implementada con los internos, una demanda de tratamiento a la que no pudo darse respuesta por carecerse de la infraestructura necesaria	Alto	Se recomienda que en la medida de las posibilidades, en las actividades promocionales de la salud se tenga en cuenta el previsible impacto y consecuente aumento de demanda en los demás niveles asistenciales.
Promoción de comportamientos saludables.		
Existe una superposición de objetivos en la planificación, entre esta línea de acción (bolsas higiénicas), la Línea de Acción 5 (gestión y entrega de “elementos de higiene bucal”); y con el proyecto de trabajo LUSIDA (preservativos). Se previó la gestión de elementos que deben ser canalizados en forma programada y rutinaria a través de la División Suministros del SPF.	Medio	Se recomienda proveer de una mayor consistencia a la correlación entre los objetivos y las tareas que representarían la consecución de los mismos, evitando la duplicación de esfuerzos y teniendo en cuenta las acciones realizadas en forma habitual por el SPF.
Capacitación y fomento de normas de higiene y prevención en salud bucal.		
Insuficiente metodología de evaluación y control interno, aplicados al seguimiento por parte de las autoridades centrales respecto de actividades realizadas en las Unidades Carcelarias, lo cual conlleva al “divorcio” observado en las informaciones suministradas respecto de la ejecución de esta línea de acción. No existe una adecuada diferenciación de aquellas actividades encaradas en forma rutinaria y habitual por el personal del SPF respecto de las nuevas herramientas metodológicas que se agregan a la gestión.	Alto	Se entiende necesario que en la formulación de Planes de Gestión sucesivos se implementen controles internos efectivos, evaluaciones consistentes con aquellos y estrategias de comunicación de responsabilidades, todas ellas basadas en una descripción de actividades que permita diferenciación entre tareas habituales de aquellas prácticas y estrategias innovadoras.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
Vacunación de internos y personal penitenciario.		
<p>La aplicación de las vacunas antigripales adolece de las siguiente características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aplicaron en forma tardía; ✓ El porcentaje de vacunados resultó ser bajo; ✓ Ciertas Unidades Carcelarias consiguieron vacunas de manera alternativa a la distribución central propuesta en el PG01, y no recibieron o devolvieron las dosis; ✓ Las planillas de control son inconsistentes. ✓ No se cuenta con información de todas las Unidades Carcelarias; ✓ No consta el destino de las dosis no utilizadas; ✓ El origen de las vacunas resulta parcialmente contradictorio. ✓ No se consiguió la vacunación para Hepatitis B. ✓ Se aplicaron vacunaciones complementarias para otras enfermedades, situación desconocida por la SsPCyAP. 	Alto	<p>Se considera fundamental establecer adecuados controles internos que garanticen una buena ejecución de actividades y corrección de los desvíos.</p> <p>Debería aumentarse y mejorarse la comunicación entre los participantes de la ejecución central y descentralizada.</p>

Proyecto 14 – Cuidado, Tratamiento y Asistencia a los Internos:

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
<p>El proyecto no ha tenido prácticamente ningún impacto en la atención sanitaria que se buscaba mejorar a través de la identificación de problemas y propuestas de solución a los mismos.</p>	Alto	<p>Se entiende necesario insistir en la utilización de todos los esfuerzos posibles a los efectos de dar respuesta a los persistentes problemas ya identificados en la justificación de los antecedentes de este mismo proyecto.</p>



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Proyecto 15 – Diseño y Ejecución de Estrategias para Grupos Especiales:

OBSERVACIONES	RIESGO	RECOMENDACIONES
Como consecuencia de la insuficiente precisión de los alcances de los Proyectos, podrían generarse duplicaciones o superposiciones de funciones y actividades destinadas a la población penal en general. A su vez, no permite visualizar claramente las necesidades diferenciales determinadas para los “grupos especiales”, respecto de otros o del universo.	Medio	Se entiende conveniente, para la elaboración de futuros planes de gestión, delimitar con una mayor precisión el diseño de objetivos para grupos especiales que merezcan entidad propia, por no estar considerados ya en la generalidad de la población penal.

VIII. PROPUESTA PARA FUTURAS PLANIFICACIONES

Sin perjuicio de lo hasta aquí desarrollado, y al único efecto de colaboración, esta Unidad de Auditoría Interna entiende pertinente consignar los objetivos que a continuación se detallan, los que se podrían incluir en la definición de los alcances del Programa Nacional de Cárceles Saludables.

Tuberculosis: ya que si bien esta enfermedad ha sido enunciada como integrante de los objetivos de ciertos proyectos del Programa analizado, de acuerdo con entrevistas mantenidas con responsables sanitarios del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, se estaría en condiciones de iniciar contactos con centros de referencia como el Hospital MALBRAN, lo que permitiría, a través del perfeccionamiento de los adecuados instrumentos convencionales, propender una mejora tanto en los aspectos promocionales como los de tratamiento de la patología;

Participación del Area Asistencia Social en la implementación del Plan Nacional de Cárceles Saludables. En el aspecto considerado aquí, esta Unidad de Auditoría Interna ha determinado que la disponibilidad de Trabajo Social en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL no se ha considerado explícitamente en la formulación del Plan de Gestión – Programa V. En este sentido se puede contar con la experiencia que se lleva a cabo en la Provincia de Buenos Aires, dentro de un Programa en el que se busca la inserción del Trabajador Social en el área de la Atención Primaria de la Salud, significando esto la necesidad de definir nuevamente objetivos y actividades a realizar por dichos profesionales.

En este sentido, se considera que el profesional de la salud debe fundamentalmente identificar las características del contexto socio-cultural en el que se desenvuelve su acción, comprendiendo los procesos sociales, económicos y culturales que subyacen en la vida de la población, determinando el estado de salud y enfermedad, e interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad, requiriéndose un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Asimismo, el Equipo de Salud debe realizar el abordaje en forma interdisciplinaria, de manera tal que cada especialista integre sus conocimientos específicos con el fin de lograr un código único, común y operacional, creando un sistema con personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo, y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucradas.

El Trabajo Social comparte junto con el resto de las ciencias sociales la responsabilidad específica de investigación de la sociedad y tiene una tarea práctica que cumplir basado en su propia metodología. Fundamentándose en los aportes específicos de la promoción social, en procesos de investigación activa y de puesta en obra de hipótesis de cambio, desde esta disciplina se han identificado las siguientes potencialidades:

Aportes potenciales desde el Trabajo Social (Programa de Servicio Social de atención primaria de la Salud):

1. Promoción:

- Elevar el funcionamiento social de los individuos, singular y grupalmente, por medio de actividades concertadas en sus relaciones sociales que constituyen la interacción entre el hombre y su entorno.
- El Trabajador Social en el equipo debe aportar el estudio de variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando aquello que retarda el logro de los objetivos de salud y la utilización de los servicios, así como lo que favorece su logro.
- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
- Suministrar información sobre hábitos saludables.
- Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

2. Prevención:

- Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.
 - Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.
3. Recuperación:
- Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.
 - Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.
4. Rehabilitación:
- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.
 - Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.
 - Participar de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de prevención y promoción de la salud, dentro de la interdisciplina de la A.P.S.

Los objetivos específicos del Trabajo Social, por lo tanto, están insertos en los objetivos generales de la institución de salud de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales, y deben ser alcanzados progresivamente de acuerdo a su complejidad.

IX. CONCLUSIONES

Aspectos generales:

La iniciativa propuesta en el Plan de Gestión 2001, destinada a conseguir los objetivos expuestos a lo largo de este informe, resulta positiva inicialmente, si en la misma se encuentran previstos, organizados y determinados los diferentes aspectos que se hallan interrelacionados, la identificación de los responsables de su ejecución, la concatenación de las tareas previstas para la obtención de los resultados propuestos, con el agregado de las medidas de control a aplicar durante el transcurso del proyecto y su oportunidad.

El Programa analizado aquí trata sobre aspectos fundamentales relacionados con el desarrollo de la vida, tanto de los internos como de los agentes penitenciarios, extendiendo su alcance más allá de intramuros, a los familiares directos de ambos grupos humanos.

Los resultados que generan las actividades incluidas en este PG 2001 servirán de base para la continuación y perfeccionamiento de diferentes iniciativas, por lo cual se considera un aspecto de fundamental importancia regularizar las falencias que posibilite la existencia de un sistema de registros y archivos que opere como resguardo de la memoria de las tareas desarrolladas, constituyendo la referencia válida y necesaria para otras administraciones que se sucedan, tanto en el ámbito de la SUBSECRETARIA DE POLITICA



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS, como en el propio SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

En cuanto al Programa y los distintos Proyectos que lo componen, se evidenciaron falencias en su diseño, tanto en lo referido a los alcances de las tareas como en lo relacionado con la metodología de desarrollo e implementación.

Al momento de la programación de las tareas se debería establecer una adecuada coordinación temporal de los proyectos involucrados, y eventualmente prever el impacto en otras cuestiones relacionadas, para obtener una organización y enfoque que resulten armónicos con los objetivos finales de las iniciativas a concretar.

Las falencias observadas transforman lo planificado en iniciativas parcialmente desarrolladas, desfasadas respecto de la secuencia temporal programada originalmente, desarticuladas en su relación con otras que se hubieren concretado y con las cuales puede, potencialmente, superponer sus objetivos.

La dinámica organizacional existente, que abarca la gestión de todos los proyectos analizados, ha posibilitado que a la fecha no se cumpla con los plazos que fueron previstos por el PG 2001, no pudiendo reconocerse desde una perspectiva integral las razones por las cuales se han originado dichos incumplimientos, dificultando la prevención de las mismas en la ejecución de los proyectos futuros. Se entiende necesario entonces la adopción de medidas de seguimiento y mecanismos de evaluación y medición de los resultados, que ayudarían a subsanar las falencias expuestas y permitirían en oportunidades venideras la implementación de proyectos que puedan ver concretados sus objetivos tal como fueron planeados inicialmente.

No se nos escapa que las intenciones que pudieron abonar estas tareas no resultaron aisladas de los hechos de público conocimiento sucedidos a fines del año pasado y durante el presente en el país, y la posterior reestructuración operada en el MINISTERIO DE JUSTICIA, SEGURIDAD Y DERECHOS HUMANOS. Esto generó el desmembramiento de dicho Plan en proyectos plausibles individualmente, que en muchos casos no han podido aún ser articulados nuevamente en un entramado organizado e interdependiente de acciones que permitiría el desarrollo de una política institucional penitenciaria.

Como resultado, el SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL se dedicó a la implementación de los proyectos, con un menor grado de injerencia en los mismos por parte de las autoridades de la SUBSECRETARIA DE POLITICA CRIMINAL Y ASUNTOS PENITENCIARIOS.

Por esta razón se entiende necesario insistir en la utilización de todos los esfuerzos posibles a efectos de poder encarar para el futuro, con las mayores probabilidades de éxito, el profundo cambio paradigmático que representa dotar a las unidades del SPF de un entorno carcelario saludable

La situación mencionada, a la fecha del presente informe estaría regularizada, razón por la cual se entiende que en el transcurso del presente ejercicio se encontrarían dadas las condiciones para que las autoridades ministeriales recuperen un activo control de las



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

iniciativas desarrolladas en su ámbito de competencia, durante sus etapas de análisis, programación y ejecución.

En tal sentido, se entiende que deberían extremarse los recaudos técnicos en la diagramación de las mencionadas iniciativas, con el fin de garantizar que los datos y evaluaciones reflejen de manera fidedigna, representativa y válida el universo sobre el cual se aplicarán las medidas concretas.

En este aspecto, se estima que al momento de realizar propuestas de programas, se debería revisar su metodología de desarrollo e implementación, de manera tal que se contemple la mayor cantidad posible de variables referidas a diagnóstico, tratamiento, transferencia, comunicación y evaluación de procesos y de impacto o resultados de la problemática tratada, especialmente teniendo en cuenta que el SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL es una institución que cuenta actualmente con una estructura vertical respecto a su funcionamiento, con primacía de la relación mando - obediencia, y resulta muy apropiada para guarda, custodia y seguridad de los internos, pero condiciona la generación de actitudes proactivas para garantizar tareas de tratamiento de la subjetividad de los Internos.

Por lo expuesto, consideramos que en la actualidad el resultado obtenido en este punto no puede ponderarse cuali-cuantitativamente, salvo por las variables internas de procesos que vagamente se encuentran definidas. Se entiende que en ocasiones siguientes deberían adoptarse los recaudos que garanticen la óptima implementación de las propuestas elaboradas.

Más allá de las conclusiones puntuales que a continuación se resumen, al presente Programa evaluado le son aplicables las generales correspondientes a todos los Programas del Plan de Gestión 2001, ya expuestas en anteriores informes de auditoría.

El programa nacional de cárceles saludables:

Centrando la atención en las particularidades de este Programa, debe decirse que se basó en el anterior "Plan" del año 2000 sin que en la transición del Plan al Programa se efectuaran las evaluaciones y revisiones periódicas ordenadas al "Comité Ejecutivo", no existiendo una ponderación crítica respecto de los logros alcanzados y metas pendientes de concreción al momento de elaborar el PG 2001. Esto indica la carencia de una base racional documentada que permita dotar de la mayor coherencia, continuidad, coordinación, eficacia y eficiencia a las acciones previstas.

El Programa Nacional de Cárceles Saludables descansa en principios de PROMOCION DE LA SALUD, que exigen la redefinición de los servicios de asistencia médica y de áreas conectadas con las actividades promocionales, que naturalmente impactará en la totalidad de una institución.

Además, para completar el enfoque de auditoría empleado, debe considerarse una característica distintiva del ambiente en el que se desarrolla la vida intramuros, y es precisamente ser TOTAL y CERRADA en muchos aspectos del acontecer cotidiano al que se ven sometidos los internos que se encuentran bajo el régimen de ejecución de penas privativas de la libertad. Esta modalidad es conocida como RESTRICCIÓN TOTAL en sistemas penales como el español y es insoslayable el hecho que las actividades de "Promoción de la



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Salud”, que en la VIDA LIBRE tienen un impacto ya evaluado, predecible o cuanto menos esperable, en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL estos impactos no son linealmente extrapolables, circunstancia que responsabiliza a las autoridades encargadas de llevar adelante la puesta en marcha de esas acciones, a maximizar los esfuerzos en pos de detectar y corregir tempranamente resultados no deseados, aunque no absolutamente impredecibles.

Respecto de la formulación de este Programa, las falencias constatadas respecto de la definición del programa, su planificación, ejecución y control dificultan a esta Unidad de Control expedirse con más fundamento acerca de la razonabilidad de los procesos decisivos claves implicados en la formulación del mismo y del resultado de la aplicación de los contenidos finalmente incorporados en los distintos Proyectos que lo componen.

Asimismo, puede inferirse que los proyectos incluidos en el Programa V serían el resultado de una agrupación de iniciativas que cada una de las organizaciones y organismos públicos -Consejo Nacional de la Mujer, SEDRONAR, LUSIDA, Ministerio de Salud y LALCEC- pudiera haber aportado al Programa, y no como resultado de una tarea consensuada, interdisciplinaria y comunicacionalmente horizontal respecto de las necesidades a cubrir.

Es por ello que se estima necesario profundizar los mecanismos de búsqueda de consenso y toma de decisiones que permita la planificación de programas y proyectos que respondan acabadamente a una concepción de objetivos deseables para la población beneficiaria y la organización a la que pertenece.

En cuanto a la ejecución de los distintos Proyectos, con independencia de las fallas detectadas que se consignan en el cuerpo del informe, se entiende necesario ejercer un mayor seguimiento por parte de la SsPCyAP de aquellos que se ejecutan bajo la responsabilidad directa de personal del SPF o de gestores de otras organizaciones.

Respecto de la etapa de evaluación de los resultados, en la mayoría de los casos no se han preestablecido métodos para medir verdaderas “evaluaciones de impacto” que permitan constatar, sobre una sólida base científica, las consecuencias que diferencialmente tuvo cada proyecto sobre el estado inicial de las poblaciones objeto definidas.

La descripción planteada indica una situación en la cual la organización aún no cuenta con mecanismos evaluativos formales que permitan la revisión de lo actuado en el año 2001 y la generación de proyectos sustentables y perfeccionables a lo largo de los sucesivos ciclos inherentes a iniciativas institucionales de largo aliento como las que se propician en el PG 2001.

Si bien es cierto que el aspecto promocional de la salud es objeto de cambios y redefiniciones que tornan dificultosa la implantación de mecanismos evaluativos definitivos, consideramos que aún puede hacerse mucho en el sentido de orientar los esfuerzos de las autoridades responsables en la búsqueda de criterios aplicables que permitan dotar a las evaluaciones de los requisitos mínimos de oportunidad, pertinencia, sensibilidad, reproducibilidad y precisión, entre otras características relevantes.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Como corolario, se puede inferir la subsistencia de las circunstancias verificadas en el Informe N° 266/00, en cuanto a la transferencia de programas ya elaborados sin la previsión de una adecuada comunicación a las partes implicadas, resultando necesario la implementación de acciones en línea con las recomendaciones efectuadas en el informe comentado, para lograr programas y proyectos planificados, ejecutados, evaluados y realimentados a través de mecanismos de comunicación, que a los métodos tradicionales le agregue elementos de verdadera horizontalidad.

Otro elemento a considerar en el análisis, está representado por el hecho que la inserción de este Programa en el devenir de la administración penitenciaria o de la SsPCyAP no cuenta con un correlato en la asignación presupuestaria de los organismos donde se lo aplica y/o una adecuada discriminación en la apertura programática al momento de la formulación del presupuesto. Sin perjuicio que la “promoción de la salud” en términos generales no es una actividad que descansa exclusivamente en la consecución de recursos financieros, deber recordarse que todas las tareas previstas deberán llevarse a cabo con recursos económicos, algunos preexistentes que serán reorientados al objetivo del Programa (plantas físicas, recursos humanos, conocimientos) y otros específicamente necesarios para la aplicación del mismo (vehículos, vacunas en caso de ser compradas, etc.). La insuficiencia del financiamiento necesario en el momento oportuno, o la deficiente priorización o asignación de créditos, puede transformar acciones y contrataciones ejecutadas en inversiones improductivas.

Perspectivas:

Por sobre las consideraciones, observaciones y recomendaciones efectuadas en este Informe, se estima conveniente continuar las acciones iniciadas en el Plan de Gestión 2001, sin perjuicio de lo cual sería necesario también otorgar a las formulaciones futuras de una visión que logre métodos de planificación, ejecución y evaluación que, siendo más efectivas y de una complejidad administrable, no pierdan rigurosidad administrativa, técnica ni científica, y ganen factibilidad en términos de concreción total de las acciones previstas y logro de los resultados esperados.

A los efectos de poder dar cumplimiento a proyectos de la naturaleza de los comentados, consideramos conveniente el trabajo de profesionales matriculados en las distintas áreas y especialistas, con suficiente entrenamiento en la materias tratadas, sin la acción de los cuales estos programas corren el riesgo de quedar como una mera enunciación de intenciones pero sin lograr los efectos buscados sobre las poblaciones definidas.

BUENOS AIRES, 20 de noviembre de 2002

EQUIPO DE TRABAJO:

Supervisor: Dr. Eduardo E. FERNANDEZ
Jefe de Equipo: Dr. Roberto S. YASI
Auditores: Sra. Valeria A. IZQUIERDO



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

ANEXO I

PROMOCION DE LA SALUD

El objetivo de este anexo es reflejar, aunque de manera parcial, el estado actual del significado y aplicación del término “promoción de la salud”, dado que este elemento es considerado básico en el Programa V del Plan de Gestión 2001.

Cualquier campo de la acción en la salud pública supera la mera actitud retórica sólo si demuestra que puede lograr cambios en la salud pública. La evaluación es el elemento central de esa demostración. En este sentido, se hace hincapié en la necesidad de establecer evaluaciones o pruebas que muestren la eficacia de los métodos y programas en el campo de la promoción de la salud, ámbito que por estar aún desarrollándose, es susceptible de recibir el aporte original de los esfuerzos que se vienen aplicando en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

Las consideraciones que se vierten a continuación se basan en documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud.

El concepto actual de promoción de la salud se encuentra plasmado principalmente en la “carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, emitida el 21 de noviembre de 1986, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”.

El documento mencionado se generó en el contexto de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, como respuesta ante la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Las discusiones estuvieron centradas en las necesidades de los países industrializados, aunque tomándose en cuenta los problemas atinentes a las demás regiones, considerándose como punto de partida los logros alcanzados a partir de la Declaración de ALMA ATA sobre la atención primaria.

Según la carta de Ottawa, la Promoción de la salud:

- *“Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”*

Para el objetivo "salud para todos para el nuevo milenio", el Programa de Atención Primaria de la Salud –APS-, subraya la Promoción de Salud como concepto clave, superando la realización estricta de tareas curativas o reparadoras, y utiliza la prevención y la educación como medios para la consecución de sus metas.

- *“La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance*



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto- responsabilidad y autodeterminación."

La APS se dirige a la atención de las personas de manera continua, sostenida de manera acorde a la estructura económica del país y con el libre acceso a toda la población; con base científica que permita realizar una investigación sobre las necesidades comunes y cuya comunidad sea miembro activo de las definiciones en cuanto a su salud.

La APS implica un primer contacto (atención); continuidad (permanencia del vínculo entre el profesional y la persona); integralidad (la atención de la persona debe ser relacionada con su contexto) y coordinación entre los integrantes del equipo la institución y la comunidad.

La estrategia de APS cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de servicios, el cambio fundamental implícito es que la comunidad y sus individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen , participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

En este proceso es clave considerar los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales que influyen y condicionan la claridad con que se ven las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad.

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio- cultural en lo que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad, así como interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad. Para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

Para lograr un estado saludable a través de la promoción de la salud, deben cumplirse ciertos prerequisites, sobre los que debe basarse necesariamente:

- *Paz;*
- *Educación;*
- *Vivienda;*
- *Alimentación;*
- *Renta;*
- *Ecosistema estable;*
- *Justicia social;*
- *Equidad.*

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria, en tanto que su accionar se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

desarrollar al máximo su salud potencial. No se podrá alcanzar la plena salud potencial a menos de ser capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud.

De acuerdo con las definiciones dadas, es natural colegir que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud. Es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. A los grupos sociales y profesionales y personal sanitario le corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Las participación activa en promoción de salud implica:

- *Elaboración de una política pública sana:* ya que se debe ir más allá del mero cuidado de la misma, debiéndose combinar enfoques diversos aunque complementarios, tal como la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y cambios organizativos. La práctica de una política sanitaria implica la acción coordinada que permita una mayor equidad, contribuyendo a la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio, persiguiéndose el objetivo de lograr que las opciones más saludables sean también las más fáciles para los responsables de la elaboración de los programas.
- *Creación de ambientes favorables:* las sociedades son complejas y no se puede separar la salud de otros objetivos, y los lazos que unen al individuo con el medio constituye la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. En este contexto resulta fundamental la realización de evaluaciones sistemáticas del impacto que los cambios del medio ambiente produce en la salud, en especial en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. En particular, el trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población.
- *El reforzamiento de la acción comunitaria:* porque la promoción de la salud radica en la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar mejoras en la salud. Este proceso sólo puede motorizarse a través de la fuerza que viene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.
- *Desarrollo de aptitudes personales:* La promoción favorece el desarrollo personal y social mientras que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione aptitudes indispensables para la vida.
- *Reorientación de los servicios sanitarios:* la responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten tanto los individuos como los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

servicios sanitarios y los gobiernos, debiendo trabajar todos conjuntamente por conseguir un sistema de protección de la salud. En particular se espera que el sector sanitario provea más que servicios clínicos y médicos, tomando una nueva orientación que sea más sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Esta reorientación exige que se preste más atención a la investigación sanitaria y a los cambios en la educación y la formación profesional, con la consecuente transformación de la actitud y organización de los servicios sanitarios de manera que se observen las necesidades del individuo como un todo.

En este mismo sentido se expide la carta del Caribe para la Promoción de la Salud, del 4 de junio de 1993, ya que en la misma se reafirman que las estrategias enunciadas son aquellas que garantizarán comprensión, planificación y ejecución de acciones adecuadas.

Pruebas Científicas para la Promoción de la Salud

La importancia de las pruebas o datos probatorios como un tema para la práctica de la promoción de la salud debe verse en un contexto más grande de los debates sobre la medicina basada en pruebas que tiene lugar en gran parte del mundo.

El tema en cuestión fue abordado, en un contexto de debate integral sobre la Promoción de la Salud, en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en México del 5 al 9 de junio de 2000.

Hoy en día se insta a los profesionales e investigadores de promoción de la salud a que basen su trabajo en las pruebas. En este sentido se expidió la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, que instó a todos los Estados Miembros a que “a que adopten un enfoque basado en datos bien fundamentados [es decir, en pruebas] para la política y la práctica en materia de promoción de la salud, utilizando toda la gama de metodologías cuantitativas y cualitativas”. (OMS, 1998).

Muchos autores opinan que la importancia de la promoción de la salud descenderá o subirá sobre la base de su capacidad de demostrar de una manera científica que es un campo eficaz. Sin embargo, hay quienes creen que los términos mismos “pruebas”, “pruebas científicas” o “datos probatorios”, son inapropiadas para el campo de la promoción de la salud.

Como punto de encuentro entre esos dos extremos se puede cuestionar la adecuación de algunas formas de las pruebas o datos probatorios, y considerar la función principal de éstos desde el punto de vista del desarrollo del conocimiento en el campo.

En todo caso, existe la necesidad y la capacidad de justificar las acciones o demostrar que la promoción de la salud es un campo con beneficios tangibles para ofrecer al público.

La función de la evaluación y las pruebas en esta justificación sigue siendo una inquietud crítica, esperándose aún que la búsqueda de las pruebas mejore aún más el



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

argumento en apoyo de la eficacia e importancia del campo de la promoción de la salud en la salud pública.

Sin embargo, se observa desde un principio el sesgo cultural y geográfico de las pruebas o el carácter probatorio como una idea. Nociones como “prueba” o “carácter probatorio”, “eficacia” e “inversión” correctamente se consideran como nociones derivadas del occidente, europeo-estadounidense y en muchos aspectos como conceptos europeos. Por lo tanto, la mayoría de los que han escrito y escriben acerca de las pruebas científicas tienen sesgos occidentales inherentes. Estos sesgos u opiniones se desarrollaron en gran parte a raíz de las conjeturas filosóficas de los dos últimos siglos, en particular de los debates alrededor del positivismo lógico, que opera bajo el principio de que el significado es sólo comprobable mediante la observación rigurosa y el experimento. En este contexto, la palabra “pruebas” tiene un significado analítico muy estricto. De igual manera, el ensayo aleatorizado controlado y el enfoque cuasiexperimental son en gran parte la creación de una bibliografía occidental y reflejan una materialización de la noción positivista.

Por el contrario, muchas ciencias sociales, en particular la antropología y la sociología, tienen enfoques alternativos para evaluar las pruebas y la eficacia de las intervenciones, aunque también son derivados del Occidente. Dado que la promoción de la salud en la actualidad aplica una combinación de criterios, resulta difícil definir claramente el significado del enfoque basado en pruebas científicas en este ámbito.

Asimismo, el debate en torno a las pruebas científicas no es aplicable fuera del Occidente desarrollado, y quizás sea un mero lujo por exceso de recursos para evaluar los programas de promoción de la salud cuando hay tanta necesidad inmediata de implantar programas sobre el terreno para responder a los apremiantes problemas de salud.

En este sentido, quedan importantes cuestiones sin resolver, claves y legítimas, relacionadas con:

- el avance de los programas de promoción de la salud en países en desarrollo bajo el supuesto de que usarán los enfoques que satisfacen los criterios de pruebas científicas o datos probatorios formulados en países desarrollados;
- la aceptación de un criterio de pruebas científicas para la promoción de la salud;
- la orientación en cuanto a evaluar mejor los programas con recursos mínimos, por parte de los países en desarrollo;
- la búsqueda de otros enfoques útiles o adaptables a los países occidentales con grandes inequidades en la salud de la población.

La promoción de la salud es ecléctica y multidisciplinaria, atravesando distintos sectores y disciplinas. Usa los enfoques múltiples que pueden ofrecerse para mejorar la salud, reorientar el sistema de asistencia sanitaria y responsabilizar a las personas. Muchas de las actividades principales de la promoción de la salud son pertinentes a la promoción de la causa y la formación de asociaciones y coaliciones; áreas que se consideran un arte y no una ciencia.

Por lo tanto, la promoción de la salud es un campo de acción, altamente aplicado y que tiene pocas características de una disciplina. Además, como un campo de acción



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

concertada, apenas está definiendo sus términos; por ejemplo, los términos “pruebas científicas” o “datos probatorios” no aparecen en el glosario de promoción de la salud de la OMS de 1998. Sin perjuicio de esta carencia, también puede decirse que el campo se establece en algunas dimensiones. Hay institutos, escuelas, departamentos, edificios, cátedras y programas cuyo nombre lleva el término “promoción de la salud”.

Esta naturaleza múltiple de la promoción de la salud influye en la noción acerca de las pruebas o datos probatorios de su propio campo, ya que cuando se busca las pruebas o datos probatorios y las “normas con respuesta a las pruebas” para mostrar el éxito o la eficacia de la promoción de la salud, se termina a menudo apropiándose de las nociones de pruebas o datos probatorios propias de otras disciplinas.

Por lo tanto, en la búsqueda de las pruebas no se evalúan las pruebas para la promoción de la salud, sino la eficacia de un subcomponente disciplinario del esfuerzo de promoción de la salud, dando lugar a una perspectiva sumamente reduccionista de la evaluación.

Si se recuerda que muchas personas que trabajan en promoción de la salud se basan en disciplinas, y se considera que es necesario respetar y ayudar en el desarrollo de los propios esfuerzos de la promoción de la salud para definir el campo de sus evaluaciones, se puede concluir que esto no es necesariamente malo, y que aunque sea parcialmente se puede tratar la evaluación de la práctica de la promoción de la salud desde el punto de vista de las disciplinas individuales en lugar de los términos todavía no bien enunciados por el campo de la práctica de la promoción de la salud.

En este sentido, se necesita elaborar un modelo de lógica clara o un marco lógico para cada área de intervención de la promoción de la salud. Este modelo trazaría las conexiones entre factores determinantes sociales, ambientales y biológicos y las intervenciones correspondientes. Estos modelos servirían de guía para evaluar dónde se encuentran las dificultades para obtener pruebas, estando pendiente poner de manifiesto las relaciones aparentemente verdaderas.

Definir las pruebas o datos probatorios

De lo antedicho se desprende la necesidad de definir que se considerarán elementos probatorios en este ámbito.

La palabra “indicio” se usa comúnmente para denotar algo que hace que otra cosa sea evidente. Palabras como evidente, manifiesto, obvio, palpable, claro o patente también pueden usarse para describir cosas o sucesos evidentes y todas comparten la característica de la certidumbre. En muchos aspectos, ésta es una definición muy estricta.

Sin embargo en términos legales, las pruebas tienen otro significado. En un juicio, por ejemplo, se presentan pruebas para demostrar que algo ha ocurrido con certidumbre; sin embargo, a veces sólo un poco más allá de una duda razonable. Pese a no parecer propio del lenguaje de la promoción de la salud, éste es exactamente una de las posibilidades a adoptarse, tomando el criterio de que se deberían recabar las pruebas del éxito usando una especie de ‘principio judicial’, proporcionando pruebas que conduzcan a un “jurado” a



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

comprometerse a tomar medidas, aún cuando no se tengan todavía todas las pruebas. Lo que es interesante acerca de las pruebas presentadas en un entorno legal occidental es que las pruebas requieren interpretación de informes que varían en sus orígenes ontológicos.

Por otro lado las pruebas o datos probatorios también pueden entenderse como un derivado de la observación sistemática. A menudo tales pruebas se describen como datos empíricos o resultado de la observación; a veces se describen como pruebas experimentales. La observación como prueba a menudo se vincula a la noción de los datos como pruebas, cuyo uso es muy común en la salud pública.

Ante esas alternativas, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos iniciaron una ayuda a un grupo de estudio independiente para producir una *Guía para los servicios preventivos de la comunidad: Exámenes y recomendaciones basadas en pruebas sistemáticas*; está en funcionamiento desde 1997. Esta iniciativa es un ejemplo de un enfoque que toma una fuerte definición biomédica y epidemiológica de las pruebas.

La Guía concibe definir, categorizar, resumir y valorar la calidad de las pruebas o datos probatorios en la eficacia de las intervenciones basadas en la población para la repercusión sobre resultados específicos, y resumirá lo que se sabe acerca de la eficacia y la eficacia en función de los costos de las intervenciones basadas en la población para la prevención y el control, proporcionando recomendaciones sobre estas intervenciones y métodos para su entrega con base en las pruebas e identificando un temario de investigaciones en prevención.

Para categorizar la fuerza de un cúmulo de pruebas sobre la eficacia de una intervención específica para repercutir en un resultado dado, se consideran los siguientes factores:

- 1) la idoneidad del diseño de la evaluación para atribuir con confianza un cambio en un resultado causado por la intervención dada,
- 2) la calidad de la ejecución del estudio,
- 3) el número de estudios,
- 4) la uniformidad de los resultados y
- 5) el tamaño de los efectos observados y,
- 6) en circunstancias excepcionales, la opinión de expertos (SAJPM, 2000). 0

Con respecto a la idoneidad de los diseños del estudio de evaluación, la Guía actualmente considera los estudios:

- 1) *Más apropiados*: Aquellos para los cuales hay grupos de comparación concurrente y mediciones prospectivas de la exposición y el resultado (por ejemplo, ensayos clínicos o de la comunidad aleatorizados o no aleatorizados, diseños de mediciones múltiples antes y después con grupos de comparación concurrentes, estudios de cohortes prospectivos);



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

- 2) *Moderadamente apropiados*: todos los diseños retrospectivos o de mediciones múltiples antes y después de la intervención pero sin grupos de comparación concurrentes (por ejemplo: estudios de cohortes retrospectivos, estudios de casos y testigos);
- 3) *Menos apropiados*: diseños con una sola medición antes y después, sin ningún grupo de comparación concurrente o sin determinación de la exposición y los resultados en un único grupo en el mismo período (por ejemplo, diseños que sólo miden lo que ocurre después de la intervención).

Asimismo se ha observado que las estrategias de prevención basada en la población son con frecuencia de componentes múltiples y complejas, y que los ensayos aleatorizados controlados quizá no sean factibles o aconsejables para evaluar la eficacia de las intervenciones comunitarias.

En la Guía, por pruebas o datos probatorios se entiende:

- 1) La información que es apropiada para responder a las preguntas acerca de la eficacia de una intervención;
- 2) La aplicabilidad de los datos de eficacia, (es decir, el grado en que se considera que los datos de eficacia disponibles se aplican a otras poblaciones y entornos);
- 3) Los efectos colaterales positivos o negativos de la intervención (denominados otros efectos; incluyen los daños y los resultados positivos o negativos no relacionados con la salud);
- 4) La repercusión económica; y
- 5) Las barreras para la ejecución de las intervenciones.

Las recomendaciones de la Guía se basan principalmente en las pruebas de la eficacia, derivadas en general de la observación o el experimento. Los métodos aceptables para recoger y evaluar las pruebas varían según el tema abordado, por ejemplo usando los datos de los estudios comparativos (aquellos que comparan los resultados entre un grupo expuesto a la intervención frente a los resultados en un grupo concurrente o histórico que no estuvo expuesto o estuvo menos expuesto) para averiguar si las intervenciones son eficaces, o estudios no comparativos para describir las barreras y para recopilar la información económica.

Las pruebas o datos probatorios definidos por los formuladores de políticas

Este es un tema que se ha abordado ampliamente. Un grupo de trabajo multidisciplinario sobre la evaluación de la promoción de la salud constituido por representantes de Salud Canadá, los CDC, la OMS(EURO) y HEA trató este tema en varias reuniones de 1995 a 1998, llegando entre otras a la conclusión que el estado de las pruebas o datos probatorios en lo referente a la eficacia de la promoción de la salud es desalentador,



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

emprendiéndose relativamente pocas evaluaciones de la promoción de la salud, al menos como lo manifiesta la bibliografía publicada; en particular, las revisiones sistemáticas de la promoción de la salud son escasas.

Se han identificado varios factores que contribuyen a la falta de acceso a las evaluaciones de la promoción de la salud; estos factores pertenecen a tres grupos.

Primero, algunos factores se relacionan con la capacidad para emprender evaluaciones de promoción de la salud, como son:

- 1) La dificultad inherente al emprender evaluaciones de intervenciones complejas de promoción de la salud que incluyen el uso de intervenciones de niveles múltiples y estrategias múltiples, a largo plazo y con un control deficiente de la ejecución de las iniciativas de promoción de la salud; y
- 2) El financiamiento limitado para las clases de evaluaciones que son apropiadas para la promoción de la salud; históricamente, se han invertido relativamente pocos recursos en la evaluación de las intervenciones complejas que caracterizan a la promoción de la salud.

Un segundo conjunto de factores se relaciona con los criterios para evaluar la eficacia de la promoción de la salud:

- 1) En lo que se refiere a evaluar las iniciativas individuales, existe un debate en cuanto a las metodologías apropiadas, las variables, las medidas y los criterios; y
- 2) Hay considerable inconformidad en cuanto a los criterios adecuados (por ejemplo, ensayo aleatorio controlado frente a historias de la comunidad) para sintetizar las pruebas en lo referente a la eficacia de la promoción de la salud en general (bajo la influencia de la medicina basada en pruebas, hay fuerte presión para medir la eficacia de la promoción de salud con los ensayos aleatorios con testigos que se llevan a cabo como un criterio o requisito previo para la inclusión en las revisiones bibliográficas).

Tercero, existen limitaciones en la capacidad para saber y aprender acerca de las evaluaciones que se emprenden, por varias razones, entre ellas:

- 1) Son limitados los foros para publicar evaluaciones de promoción de la salud;
- 2) Dificultad para identificar las evaluaciones “grises” o “fugaces” que no se publican en revistas ni libros accesibles.

Además, se debe reconocer que muchos campos conexos se enfrentan con las mismas dificultades de evaluación, con resultados exiguos similares. Por ejemplo, las revisiones bibliográficas en lo referente a la eficacia de las iniciativas relacionadas con la



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

nutrición, la prevención del abuso de drogas, la actividad física y el embarazo en adolescentes han identificado pocas evaluaciones bien hechas y pocos resultados uniformes.

Aún así las cosas, existe acuerdo general sobre la distinción entre las finalidades de la evaluación y los tipos de pruebas que se recogen para cada una:

- Una finalidad es para el beneficio del programa y los interesados directos. Las pruebas recogidas en este tipo de evaluación se usan para guiar el programa y realizar mejoras. Las medidas de proceso se usan como pruebas para esta finalidad.
- Una segunda finalidad de la evaluación es demostrar a los financiadores y los formuladores de políticas que el programa tiene una repercusión, un efecto, un valor. Los tipos de pruebas recogidas para esta finalidad son las medidas de resultado que demuestran la repercusión del programa o la política.

Si bien se ha discutido las diferencias entre las pruebas y la evaluación. Los participantes en el grupo de trabajo buscaron. Sin embargo, antes de llegarse a un acuerdo respecto de la definición adicional de las técnicas centrales para realizar la evaluación de la promoción de la salud, se creyó esencial definir más estrechamente los términos y el significado de la promoción de la salud.

Sin embargo, es claro que cualquiera que sea el contexto para la evaluación de la promoción de la salud, la misma debe realizarse en asociación con los interesados directos o las comunidades en las cuales están teniendo lugar los programas.

Esto requiere que los interesados directos también participen en la planificación de programas, y que las medidas de evaluación elegidas sean significativas para los interesados directos y las comunidades, recalcando el uso de los enfoques participativos y la participación multisectorial. Las evaluaciones deben realizarse equitativamente, tanto en el proceso como en la aplicación de los resultados, al tiempo que los recursos para la evaluación deben aplicarse equitativamente también.

Quedan aún muchos problemas críticos sin resolver acerca de las pruebas, algunos de los cuales se exponen a continuación:

1. “Normas de las pruebas o datos probatorios” vinculadas a las disciplinas, no a los proyectos.

Las disciplinas científicas, (física, biología, epidemiología, etc.) han desarrollado sus normas para lo que constituye la prueba de las causas, el efecto, etc. en la observación y el experimento. Por tanto, el “método científico” apropiado es un producto tanto del desarrollo histórico como de los factores “observables” característicos de la disciplina. En la medida que hay diferencias entre las disciplinas acerca de lo que son sus “normas de las pruebas”, muchos proyectos de prevención de salud pública comunitaria y proyectos de promoción de la salud no están basados en sí misma como disciplina autónoma, sino que representan un “campo de acción”, no existiendo entonces una estructura epistemológica basada en la disciplina que sea la base de la evaluación. Se necesita entonces distinguir las normas fundamentales de las pruebas o datos probatorios para las disciplinas principales de la salud pública que son básicas en la investigación e intervención comunitarias en promoción de la salud, al tiempo que



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

especificar la función en el acopio de pruebas para la promoción de la salud provenientes de la epidemiología, la psicología social, la sociología, la antropología, la educación sanitaria y otras disciplinas pertinentes.

2. No existe un consenso en la “jerarquía” de las pruebas.

Dentro del área general de la investigación, intervención y evaluación de la comunidad, existe hoy en día un gran debate acerca de lo que constituye el conocimiento en el campo y lo que son las pruebas o datos probatorios, e incluso si la noción de pruebas es aplicable a la evaluación de las intervenciones en las comunidades, por lo que no hay un consenso en la “jerarquía de las pruebas” entre los investigadores y los profesionales en el campo. Los grupos internacionales han afirmado que es prematuro priorizar los tipos de pruebas aplicando una jerarquía lineal. Para mitigar esta dificultad se debería documentar la falta de consenso; considerar los pros y contras del consenso en el contexto de la prevención en las comunidades y sugerir la dirección para el futuro. Además, sintetizar para la promoción de la salud los resultados y las conclusiones de las diversas colaboraciones nacionales e internacionales, los grupos de estudio y los grupos de trabajo que abordan las pruebas y la evaluación.

3. La complejidad de las intervenciones multidisciplinarias y complejas hacen insostenible la aplicación de normas sencillas y universales con respecto a las pruebas.

Las normas existentes con relación a las pruebas o datos probatorios a menudo se basan en las intervenciones que tienen modelos simples de causa única – efecto único. Por el contrario, muchas intervenciones de salud comunitarias incluyen una mezcla compleja de muchas disciplinas, muchas variables de diversos grados de dificultad de medición y entornos cambiantes dinámicos, comprendiendo campos de acción con múltiples variables que requerirían una mezcla de metodologías complejas y un tiempo considerable para descubrir cualquier relación causal. **Nuevos análisis pueden revelar algunos resultados cruciales años después de una intervención.** En este sentido se necesita: reconocer la complejidad como pertinente a las intervenciones y la promoción de la salud de las comunidades; sugerir áreas que necesiten desarrollo para comprender mejor las dificultades analíticas; proponer métodos analíticos y diseños de evaluación más apropiados; y adiestrar a la comunidad de la promoción de la salud en el uso de los métodos apropiados.

LA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

Desde el punto de vista epidemiológico, se pueden distinguir tres niveles de prevención (G.E. Alan DEVER. “Epidemiología y Administración de Servicios de Salud”):

Primaria, o inhibición del desarrollo de la enfermedad antes que ocurra. En el período de prepatogénesis, los objetivos de la prevención son mejorar el nivel general de salud y procurar medidas de protección específicas. Por medidas de protección se entiende tareas de inmunización, sanidad ambiental y protección de accidentes y riesgos de trabajo, lo que implica prevención en un sentido convencional. Tales medidas son probadamente efectivas en cuanto a mortalidad y morbilidad causada por enfermedades infecciosas. Las medidas que se refieren a Promoción de la salud incluyen factores biológicos, ambientales y



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

nivel de vida, área ésta que contribuye mayormente a reducir en forma enérgica la mortalidad y morbilidad.

Secundaria, o detección temprana y tratamiento de la enfermedad. La prevención secundaria consiste mayormente en el diagnóstico temprano de las enfermedades mediante exámenes periódicos clínicos y de rayos. La detección temprana del cáncer, hipertensión, enfermedades venéreas y otras enfermedades tratables son el objetivo de la prevención secundaria. En el caso de enfermedades tales como la artritis y otras condiciones de morbilidad asociadas con la edad, la prevención secundaria consiste primordialmente en detener el avance de la discapacidad, las complicaciones que pueden provocar, o las secuelas que pueden dejar.

Terciaria, o rehabilitación o recuperación del funcionamiento adecuado. Cuando la enfermedad se manifestó con una consecuencia residual, la prevención terciaria consiste en evitar la discapacidad total una vez que se haya estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas. El objetivo entonces es la rehabilitación del individuo para que pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente.

PREPATOGÉNESIS		PATOGENESIS		
Promoción de la salud	Protección Específica	Diagnóstico Precoz y Tratamiento Temprano	Limitación de la discapacidad	Rehabilitación
<i>Prevención Primaria</i>		<i>Prevención Secundaria</i>		<i>Prevención Terciaria</i>



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

CONCEPTO ACTUAL DE MEDICINA PREVENTIVA

Si bien la promoción de la salud excede el marco de la medicina, es mucho lo que se puede aportar desde esta disciplina, brindándose a continuación las posibilidades desde la misma.

La medicina tiene dos vertientes: la medicina preventiva, que incluiría el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos en forma específica a la prevención de la enfermedad, y la medicina curativa o paliativa, que comprendería el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación o mejora de la enfermedad.

La medicina preventiva, es pues, una parte de la medicina; comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas al fomento, la defensa y la restauración de la salud de la población. Se trata de un conjunto de acciones y esfuerzos organizados de la comunidad para fomentar y defender la salud de sus ciudadanos y recuperarla en los casos que ésta se haya perdido. Uno de tales esfuerzos es el que aporta la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial.

Concepto de Medicina Clínica Preventiva:

Para comprender el concepto actual de medicina preventiva, es fundamental analizar antes una serie de aspectos relacionados con la vertiente preventiva de la salud pública.

Las acciones de los sistemas de salud dirigidas al fomento y la defensa de la salud suelen clasificarse en dos grandes grupos según incidan sobre el medio ambiente (protección de la salud) o sobre el individuo (promoción de la salud y prevención de la enfermedad).

Las acciones de protección de la salud están dirigidas al control sanitario del medio ambiente, en su sentido más amplio. Se trata de prevenir los riesgos de la para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente donde el hombre vive y trabaja, y de los alimentos que consume. Estas acciones se basan en conocimientos científicos aportados por ciencias distintas de la medicina (veterinaria, farmacia, bromatología) y la llevan a cabo profesionales sanitarios no médicos.

Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen por objetivo el fomento y la defensa de la salud, así como la prevención de las enfermedades mediante actuaciones que inciden sobre las personas. Se trata de incrementar los niveles de salud de los individuos y las colectividades, y prevenir las enfermedades específicas cuya historia natural sea conocida y frente a las cuales se disponga de instrumentos de prevención primaria y secundaria eficaces y eficientes .

Algunos autores llevan a cabo una distinción clara entre las acciones de promoción de la salud y las de prevención de la enfermedad.

Las primeras pretenderían fomentar la salud de los individuos y las colectividades promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, lo que se conseguiría mediante intervenciones de información y educación sanitaria desarrolladas en escuelas, a través de los medios de comunicación de masas y en los centros de atención primaria. Para que estas



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

acciones sean eficaces, deben recibir el soporte de grupos organizados de la comunidad y ser apoyadas por las medidas políticas y legislativas que se estimen necesarias.

En la prevención de la enfermedad, en cambio, se trataría de reducir la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales, basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas, aplicadas por el médico y su equipo, en general, en el marco de la atención primaria, aunque en algunos casos también se puede llevar a cabo en otros ámbitos (escuelas, fábricas, etc.).

En la práctica, no obstante, es difícil distinguir entre ambos tipos de medidas. Si bien las acciones de prevención específica no contribuyen, por lo general, al fomento de la salud, es indudable que las acciones dirigidas a modificar estilos de vida poco saludables (alimentación desequilibrada, tabaquismo) contribuyen también a prevenir todo un conjunto de enfermedades y problemas de salud.

Por este motivo, por lo general no se distingue entre ambos conceptos y se usan asociados, normalmente bajo el concepto de Promoción de la Salud, que en este sentido incluye todas las acciones del fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se aplican a las personas. Estas acciones de promoción de la salud pueden ejecutarse sobre la población en general, a través por ejemplo de campañas de información y educación sanitaria a esa población, campañas de vacunación, cribados masivos, o bien desde una base individual, (consejo médico, vacunaciones personalizadas, búsqueda activa de casos).

Estas dos modalidades de promoción de la salud conforman los conceptos actuales de “medicina preventiva”, en sentido amplio o restringido.

El sentido amplio del término se utiliza más frecuentemente en el ámbito de la administración sanitaria, usándolo para designar a las actividades sanitarias organizadas de la colectividad para el fomento y defensa de la salud de la población pero a través de la intervención individual de los integrantes de esa población.

El sentido restringido es más propio de los servicios de asistencia sanitaria que se encargan de las actividades de medicina preventiva en las que se puede ejercer servicios de atención primaria: en este sentido se entiende a la medicina preventiva como las actuaciones y consejo médico ejecutados por el médico o sus colaboradores más cercanos en pacientes individuales, en el marco de los servicios clínicos asistenciales y según los conocimientos aportados por la medicina.

En cualquiera de los casos, la medicina preventiva implica un encuentro más personal entre el individuo y el personal médico que el que comporta las actividades de protección de la salud.

El enfoque preventivo de la medicina es diferente al de la práctica asistencial tradicional:



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

<i>Asistencia clínica habitual</i>	<i>Atención preventiva</i>
Iniciativa del paciente	Iniciativa del médico
La naturaleza de la asistencia es imprevisible	La naturaleza es previsible
La demanda de asistencia es inmediata	La asistencia no es urgente
El foco es el paciente individual	El foco es un grupo de pacientes con un factor de riesgo.
Normalmente es competencia del médico	Puede ser llevada a cabo por personal no médico del equipo de asistencia primaria.
La documentación clínica, los registros son útiles	La documentación clínica es absolutamente necesario.
La evaluación de la intervención es muy compleja.	La evaluación de una intervención es más simple.

Para llevar a cabo lo señalado, se requiere un cambio de actitud por parte del médico y de su equipo; hay que pasar de una posición pasiva, atendiendo sólo cuando acude a la consulta por un problema determinado, a una activa, atendiendo para la práctica de una determinada acción preventiva o aprovechando la consulta para investigar la presencia de posibles problemas de salud no relacionados con el motivo de consulta.

Asimismo se hace evidente la necesidad de la educación sanitaria del paciente con el objeto de cambiar su actitud pasiva por otra de colaboración activa con el médico en la eliminación de factores de riesgos descubiertos durante la atención preventiva, con énfasis en los riesgos conductuales y en el tratamiento de las enfermedades descubiertas en etapas tempranas presintomáticas de la enfermedad, ya que la mayoría de las personas resultan reacias a tratarse si no padecen síntomas.

Un cambio en este sentido implica un cambio de los valores culturales y, por supuesto, de la distribución del poder, no sólo en los encuentros individuales entre médicos y pacientes sino también entre comunidades y servicios de salud; y en términos más generales, entre ciudadanos y las autoridades responsables de la política de salud. En algunos países se ha avanzado, especialmente a medida que los pacientes van obteniendo (o exigiendo) acceso a la información y se van acostumbrando a usarla en su interacción con proveedores de servicios de salud.

Métodos de prevención en el ámbito clínico:

EDUCACIÓN SANITARIA

Pueden definirse de varias formas, según los diferentes puntos de vista, siendo destacable la de la OMS: “cualquier combinación de experiencias del aprendizaje encaminadas a lograr situaciones en las que la gente sabe cómo mantener la salud; hace lo que debe para mantenerla individual o colectivamente y busca ayuda para ello cuando es necesario”.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Las diferentes definiciones tienen en común la necesaria adquisición de conocimientos y actitudes higiénicas determinantes de conductas individuales y colectivas idóneas para conseguir y mantener la salud. En este sentido el IV Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicines de 1975 incluye en la educación sanitaria las actividades siguientes:

1. Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y los métodos mediante los cuales las personas pueden mejorar y proteger su salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios de asistencia médica disponibles;
2. Motivar a las personas a que deseen modificar sus prácticas y hábitos hacia otros más saludables;
3. Ayudar a la población a que adquiera conocimientos y la capacidad necesaria para adoptar y mantener unos hábitos y estilo de vida saludable;
4. Propugnar cambios en el medio que faciliten unas condiciones de vida y una conducta saludables.
5. Proponer la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad;
6. Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos sobre la forma más eficaz de alcanzar los objetivos anteriores.

Para llevar adelante estas actividades, es necesario presuponer una estructura psicológica adecuada, variable según la edad y el contexto social en la que la persona interacciona. El objetivo básico es crear la necesidad y la responsabilidad de realizar actividades que tiendan a conservar y mejorar la salud, y conocer sus ventajas para la persona y para los demás, a través de una actitud activa estimulando también la crítica constructiva y la participación en las actividades sanitarias de la población.

VACUNACIONES Y INMUNOPROFILAXIS:

El término vacuna se utiliza para designar para todos los productos usados para lograr inmunizaciones activas. La mayoría de las vacunas actúan sobre el organismo provocando una respuesta similar a la de la infección o la enfermedad (inmunidad activa espontánea), de manera que el sistema inmunitario se prepare para enfrentarse con la ocurrencia real de la patología. Entre las características que deben estar presentes, están las de seguridad, inmunogenicidad, facilidad de aplicación, deben tener el mayor grado de inocuidad posible, y en cualquier caso los trastornos que genere no podrán ser iguales o mayores a los que produce la propia enfermedad; la reacción inmunitaria debe ser lo más eficaz posible para conseguir una respuesta protectora y duradera, disminuyendo el número de vacunaciones.

En el caso de la vacuna antigripal, la misma se recomienda en general a los siguientes grupos:

Grupos de riesgo para complicaciones de la gripe	Personas mayores de 65 años. Residentes en instituciones cerradas y que
--	--



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

	padecen enfermedades crónicas. Adultos con procesos cardiorrespiratorios Adultos y niños con procesos metabólicos crónicos, disfunción renal, anemia, inmunosupresión. Personas entre 6 meses y 18 años con tratamiento con ácido acetilsalicílico.
Grupos que pueden transmitir la gripe a personas con riesgo elevado.	Personal sanitario o no, de hospitales, guarderías, residencias de ancianos o asistencia domiciliaria.
Otros grupos.	Población general; todos los que prestan un servicio básico a la comunidad. Cualquier persona interesada en disminuir el riesgo. Personas infectadas por el HIV: si bien no siempre se obtendrá una buena respuesta.

En el caso particular de la gripe, debido a las características propias del agente patógeno que la origina, existe la necesidad de actualizar constantemente los componentes de las preparaciones de las vacunas.

Asimismo, la vacunación se debe iniciar preferentemente uno o tres meses antes del comienzo del brote anual.

QUIMIOPROFILAXIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

Se la puede considerar como la administración de un antibiótico o quimioterápico poco antes, durante o poco después de la exposición a un agente infeccioso para prevenir el desarrollo de la infección. En términos generales la misma puede ser de dos tipos:

Específica	dirigida a un microorganismo concreto, generalmente de origen exógeno.
Inespecífica	dirigida contra más de un microorganismo, y generalmente endógeno, por ejemplo la profilaxis preoperatoria.

Los efectos secundario más comunes de la quimioprofilaxis son.

1. Hipersensibilidad;
2. Surgimiento de microorganismos resistentes;
3. Aumento del gasto (generalmente basado en la prolongación inadecuada de la profilaxis);
4. Reacciones adversas al fármaco.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

De manera que la pauta para la aplicación de esta metodología preventiva deberá tener en cuenta el tipo de organismo involucrado, su periodo de actividad infecciosa, el modo de transmisión y el tiempo de duración de la susceptibilidad del paciente.

QUIMIOPREVENCIÓN:

Pese a que la utilización práctica actual del término se aplica sólo al caso del cáncer, en sentido estricto tiene una amplia significación, tal como la prevención de otras enfermedades crónicas, problemas cardiovasculares y osteoporosis, por ejemplo.

CRIBADOS:

Se define como la aplicación de procedimientos de discriminación (entrevista, examen clínico o investigación) a personas asintomáticas para determinar la posible presencia de enfermedad o de un determinado factor de riesgo en la etapa subclínica. No establece diagnóstico, sino que determina probabilidades de padecer la enfermedad, por lo que los individuos clasificados como positivos deben someterse a pruebas diagnósticas de verificación.

Las dos modalidades más frecuentes de cribado son la búsqueda de casos y los cribados a la población en general.

La búsqueda de casos es una forma de detección precoz con muchas posibilidades en poblaciones que acuden periódicamente a los servicios de salud. Aquí, el paciente que va a la consulta a su médico por un determinado problema es al mismo tiempo investigado por motivos no relacionados con su enfermedad para tratar de establecer la presencia de una enfermedad o un factor de riesgo determinado.

En el cribado de la población se invita a participar a amplios sectores de la misma, independientemente de su contacto con los servicios sanitarios, constituyendo un elemento importante en las estrategias de la salud pública.

Si bien existen semejanzas conceptuales, desde el punto de vista operativo presentan diferencias. Los profesionales que realizan el cribado a la población no se ocuparán del seguimiento de las personas que hayan resultado positivas para las pruebas de detección de posibles enfermos, porque son remitidos a su médico o a otro sector asistencial para proceder al diagnóstico definitivo y tratamiento. En cambio en la búsqueda de casos, el médico debe garantizar el acceso a la confirmación de la enfermedad y al seguimiento adecuado de la evolución de los pacientes, evitando de este modo el inconveniente que tiene el otro método, que es el incumplimiento de las recomendaciones médicas para la atención del estado mórbido presunto.

Para establecer la conveniencia de realizar un programa de cribado hay que basarse en la consideración de los criterios que debe reunir la enfermedad, la prueba y el programa mismo:



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Características de la enfermedad:

- Importancia de la enfermedad
- Existencia de un tratamiento eficaz para la enfermedad
- Mayor eficacia del tratamiento en la fase preclínica que en la fase clínica
- La enfermedad debe tener un período subclínico en la que es detectable por cribado prolongado
- Existencia de criterios diagnósticos definidos para confirmar la enfermedad en los pacientes que resultaron positivos para las pruebas del cribado adecuada.

Características para la prueba:

- Validez: es decir una adecuada sensibilidad y especificidad
- Reproducibilidad: del fenómeno biológico analizado, del instrumento de medida y de la interpretación de los resultados.
- Factibilidad: es decir ser aceptable y segura para la población y el personal que la realizará.

Evaluación del programa:

- Eficacia: se puede definir como el rendimiento teórico de un programa de cribado antes de ser aplicado en el contexto de una población determinada, y se valora en un estudio experimental, debiendo considerar tres aspectos relacionados con ella, que pueden distorsionar su apreciación:

Tiempo de adelanto en el diagnóstico: es el tiempo que media entre el diagnóstico de la enfermedad gracias a la aplicación del cribado y el momento en el que se hubiera detectado clínicamente. Si no se toma en cuenta esta variable al evaluar un programa, se corre el riesgo de sobrevaluar la contribución del cribado en la sobrevida de los pacientes participantes. Esto es así porque la presencia del tiempo de adelanto aumenta el número de personas/año del denominador de la “Tasa de Letalidad”, por lo que a igualdad de defunciones en el numerador entre el grupo cribado y el no cribado, la letalidad resulta menor en el grupo cribado aunque el programa en sí carezca de eficacia.

Duración de la enfermedad: cuanto mayor sea la duración del período subclínico de un caso, mayor es la probabilidad que se detecte pro cribado antes que aparezcan los síntomas clínicos, y viceversa. Existe la evidencia además que ciertas enfermedades, casos que se presentan con largos períodos subclínicos detectables tienen también largos períodos clínicos tratables, con una mayor supervivencia que en los casos en lo que esto no es así, por lo que al detectar los primeros con mayor probabilidad que estos segundos, se está seleccionando precisamente a los que tendrán mayor sobrevida independientemente de la aplicación cribado. Esto se llama Sesgo de la Duración de la Enfermedad.

Sesgo del voluntario: los programas de cribado necesitan de la colaboración de la población, de la cual es esperable que haya un sector proclive y otro reactivo a



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

participar. En la experiencia en medicina preventiva general, las personas que se ofrecen para participar suelen tener un mejor nivel de salud y una mayor supervivencia que los que no participan, por lo que mejores resultados obtenidos entre los participantes, que en principio podrían atribuirse al programa de cribado, igualmente se habrían conseguido sin el mismo.

- Efectividad del proceso:

Cumplimiento del programa: el mismo debe resultar aceptable para la población, al igual que el tratamiento aplicable, ya que de lo contrario, el cumplimiento esperable será bajo.

Rendimiento del programa: en este aspecto se toma como medida habitual el valor predictivo de la prueba, que depende de la validez de la misma y de la prevalencia de la enfermedad en los grupos destinatarios.

Conexión con los servicios sanitarios: como no se establece un diagnóstico definitivo, debe haber conexión con servicios asistenciales que estén en condiciones de confirmar o rechazar la presencia de enfermedad en los pacientes que dieran resultado positivo a la o las pruebas del cribado. En caso contrario no se debería realizar.

Cobertura del programa: si se estima que los grupos de mayor riesgo no participarán del programa, no suele ser conveniente iniciarlo.

- Efectividad de los resultados: para la evaluación de los resultados se usan los diseños epidemiológicos mas habituales;

Estudios ecológicos

Estudios de casos y controles

Estudios de cohortes

Estudios aleatorios controlados

- Eficiencia: la eficiencia de un cribado relaciona los resultados con los costes ocasionados, permitiendo establecer comparaciones con otros programas de control de la enfermedad.

Bibliografía consultada: Medicina interna J. RODÉS – TEIXIDOR; Ed. MASSON



LA REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIO DE SALUD:

Entre los cinco componentes de la promoción de la salud que componen la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, figura el concepto de la reorientación de los servicios de salud.

Desde aquella oportunidad, se ha avanzado poco en la definición de un marco explícito, detallado y consensado para introducir cambios sistemáticamente. Como apreciación preliminar se puede decir que las motivaciones que impulsan las reformas se han centrado hasta ahora en factores económicos, quedando las consideraciones de equidad y las preocupaciones de salud pública relegadas a un plano secundario. La calidad de la atención y, más concretamente, el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

En este contexto se encuadra la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud, siendo la creación de un marco de este tipo una de las principales tareas de la Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en México, material sobre el cual se basa el presente anexo.

Respecto a la importancia relativa que se atribuye a menudo a la reorientación de los servicios de salud, debe decirse que los servicios de salud son sólo uno de los múltiples factores determinantes de la situación sanitaria, y en verdad no son siquiera el más importante. Sin perjuicio de lo dicho, los servicios un campo fundamental en la política social. Además, el sector de la salud consume una parte considerable del PNB de cualquier país, hay una gran falta de equidad en la distribución y el uso de recursos en el sector. Asimismo, los recursos no siempre se gastan de forma eficiente, y los métodos de asignación de recursos inspirados por la reorientación de los servicios podrían redundar en grandes beneficios.

Sin embargo, lo más importante es la idea de que la reorientación mejorará la calidad de la atención y, en este sentido, el efecto de los servicios en la salud de la población.

Los sistemas de salud están sometidos a enormes presiones como consecuencia del envejecimiento de la población y la transformación de los perfiles epidemiológicos. Se están introduciendo tecnologías nuevas y el costo de la atención de salud está subiendo vertiginosamente. El acceso a la información ha aumentado y, por consiguiente, la población exige una mayor participación en la atención de salud.

Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la *reorientación* de los servicios de salud abarca los siguientes elementos:

- Responsabilidad compartida entre personas, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones de servicios de salud y gobiernos de trabajar mancomunadamente para crear un sistema asistencial que contribuya a la promoción de la salud;
- Movimiento del sector en dirección a la promoción de la salud, más allá de los servicios clínicos y curativos;



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

- Necesidad de que los servicios de salud adopten un mandato ampliado que sea sensible y respete las necesidades culturales;
- Mayor atención a las investigaciones sobre la salud y la formación teórica y práctica de profesionales para propiciar cambios en la organización de los servicios de salud a fin de reorientarlos hacia la totalidad de las necesidades de la persona.

En los últimos veinte años se ha realizado un esfuerzo generalizado para introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud. Estos cambios, conocidos como reformas del sector de la salud, son por definición, sumamente diversos y forman parte de procesos más amplios de cambio en los países.

Los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud definieron en 1994 cinco “principios orientadores” de las reformas del sector de la salud, con los cuales propusieron dar seguimiento a las reformas del sector y evaluarlas, sirviendo además *reorientarlas*:

1. Equidad
2. Eficacia y calidad
3. Participación social
4. Categorías
5. Eficacia
6. Sustentabilidad financiera

Para la reorientación de sistemas y servicios de salud, se han descrito una serie de objetivos y estrategias, que se resumen a continuación. Estos objetivos y estrategias se dividen en dos niveles que reflejan campos de acción complementarios y específicos:

DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD:	
Configuración institucional del sector de la salud, forma en que se organizan y se cumplen las funciones del sistema	
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
1. Definir, implantar y evaluar las <i>funciones esenciales de la salud pública</i> como parte de las responsabilidades de la <i>rectoría</i> de las autoridades sanitarias.	1. Fomentar y facilitar el diálogo y el acuerdo de las partes interesadas a fin de lograr consenso sobre la necesidad de reorientar y aprovechar al máximo los recursos para la promoción de la salud.
2. Promover métodos de financiamiento y asignación de recursos que den prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud pública y a líneas de acción para reorientar la prestación de servicios de salud con criterios de promoción de la salud.	2. Incorporar objetivos de reorientación de sistemas y servicios de salud en los mecanismos de asignación de recursos y pagos, vinculando los pagos a los resultados de salud en la medida de lo posible.
3. Incorporar el contenido de los modelos reorientados de servicios de salud en la cartera básica de prestaciones de seguros sociales y privados.	3. Desarrollar la infraestructura de salud pública y evaluar el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. 4. Incluir en los mecanismos regulatorios criterios de promoción de la salud tales como certificación, habilitación y acreditación de establecimientos, redes de proveedores, profesionales de la salud y planes de seguro.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
Elaboración e implantación de modelos de atención, así como las modalidades específicas de organización y gestión de los servicios para realizar intervenciones comunitarias y clínicas de la forma definida en el modelo	
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
4. Cambiar la composición y el equilibrio de los tipos de atención de salud e incorporar la promoción y la prevención en el modelo de prestación de servicios de salud.	5. Mejorar la capacidad de respuesta y la tecnología de la atención de salud como condición para afianzar la legitimidad social de los servicios desde el punto de vista de la población.
5. Incorporar el fomento de los principios de la promoción de la salud en los modelos de gestión de servicios de salud.	6. Aumentar la importancia relativa de los puntos de entrada al sistema asistencial e instituir programas con proveedores de atención primaria de salud que se ocupen de pacientes, familias y comunidades y les ayuden a orientarse en el sistema.
6. Prestar atención a las necesidades y expectativas de determinados subgrupos de la sociedad, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad, así como otros factores determinantes de índole religiosa, étnica y cultural.	7. Fortalecer el componente de promoción de la salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la capacitación continua de los profesionales de la salud.
7. Fomentar la participación individual en la adopción de decisiones bien fundadas sobre la propia salud y la salud de los integrantes de la familia.	8. Promover el consenso entre expertos sobre pautas clínicas para la prevención, eliminando los métodos ineficaces, y capacitar, supervisar y evaluar la aplicación de las pautas.
	9. Cerciorarse de que las condiciones institucionales faciliten la aplicación de directrices, incluidas las estrategias para modificar las prácticas de los proveedores.
	10. Mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, así como entre los servicios de salud y las comunidades, a fin de aumentar la eficacia y la utilidad de la acción.
	11. Crear mecanismos que promuevan un compromiso formal y la responsabilidad compartida entre los servicios, por una parte, y los particulares y las comunidades, por la otra, incluidos mecanismos de retroalimentación comunitaria.

Si bien la mayoría son objetivos y estrategias que conceptuadas en relación con varias metas de la atención de salud, por lo que no son privativos de los valores y criterios de la promoción de la salud, en conjunto sí podrían fomentar la reorientación de sistemas y servicios con criterios de promoción de la salud.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

Asimismo, aunque tal vez convenga vincular la mayor cantidad posible de medidas de promoción de la salud a los servicios de salud, esta medida podría tener también desventajas, como la medicalización excesiva o la introducción de relaciones excesivamente jerárquicas en el proceso de comunicación.

La promoción y la comunicación social son acciones que están relacionadas con todos los objetivos. Debido a la inercia de los sistemas de salud, la reorientación de sistemas y servicios no ocurrirá espontáneamente. En el apartado siguiente se exponen las posibles fuentes de inercias esperables en los sistemas sanitarios, sin perjuicio de adelantar aquí que es imprescindible que las autoridades sanitarias y otros asuman un papel de promoción junto con todas las partes que intervengan en el proceso de reorientación, a fin de lograr consenso sobre la necesidad de cambios. Para eso se necesita una acción dirigida a influir en la opinión pública, los proveedores, los directores, y a todos aquellos que influyan en los mecanismos de financiamiento.

La promoción de la salud debe integrarse en toda la serie ininterrumpida de la atención con la idea de que la salud sea el paradigma predominante que inspire la creación e implantación del modelo de atención de salud, antes que la enfermedad. Eso no implica que los especialistas deban cambiar su campo de especialización, sino que existen oportunidades para promover la salud en toda la serie ininterrumpida de la atención.

La reorientación de los servicios de salud para realizar una tarea eficaz de promoción de la salud a nivel tanto individual como comunitario requiere un *modelo de atención* expresamente definido que señale la promoción de la salud como prioridad y coordine la acción en el campo de la salud. Este modelo debería abarcar el modelo de apoyo estructural (organización de la red de atención y flujogramas en la red), el modelo normativo (directrices para el manejo de la salud) y el modelo de comunicación entre proveedores y pacientes, así como entre servicios de salud y comunidades.

Evidentemente, la gestión y organización de los servicios de salud son fundamentales para propiciar o trabar los cambios en las prácticas del personal de salud. Hay una amplia gama de opciones básicas que los gerentes y los encargados de las decisiones pueden tener en cuenta al formular sus propias estrategias.

Entre ellas cabe señalar el establecimiento de metas de forma participativa, la disponibilidad de pautas clínicas y su adaptación a las necesidades locales, la retroalimentación sobre el desempeño, métodos prácticos para recordar al personal de salud la acción necesaria, incentivos financieros, incentivos no financieros, la motivación de los pacientes para pedir más atención preventiva y la capacitación del personal.

Otro elemento que hay que considerar en el ámbito de las estrategias de gestión es la *motivación de los pacientes* como método indirecto para motivar a los proveedores. En un análisis de los artículos publicados sobre prácticas de los proveedores, Belcher, Berg e Inui señalan que los pacientes canadienses a quienes se les explicó en la sala de espera cómo hacer preguntas fueron más inquisitivos en la consulta siguiente que aquellos a quienes no se les enseñó a hacerlo (1988).

Para reforzar el concepto de los derechos del paciente a recibir información y participar en las decisiones sobre su salud y para proporcionar información específica sobre la



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

salud, se han usado carteles, material educativo y videos en la sala de espera, entre otros medios.

Otro instrumento creado y utilizado para fomentar la participación de los pacientes en las consultas médicas es el Expediente Clínico Abreviado que queda en poder del paciente. Según los estudios realizados en América del Norte, alrededor de un tercio de los pacientes que tenían dichos expedientes le recordaron al médico que realizara un procedimiento preventivo indicado en el folleto (Belcher, Berg e Inui 1988).

Una última dimensión del cambio que es necesario tener en cuenta es las formas de comunicación, que abarca el respeto de los pacientes y la formación de alianzas para compartir las decisiones entre pacientes y proveedores, así como entre comunidades y servicios de salud.

Cabe destacar que en la interacción cara a cara entre proveedores y usuarios influye no sólo la actitud personal, sino también valores sociales profundamente arraigados que se atribuyen al ejercicio de la medicina. En este sentido, la comunicación se guía por ideas *intersubjetivas* sobre la forma en que médicos, enfermeras, ayudantes administrativos y determinados grupos de pacientes deben actuar en el contexto de una cultura determinada y en un momento dado de la historia.

Este contexto es determinado en parte por años de formación médica en los cuales el “problema” a abordar es disfunciones físicas. Este paradigma ha sido descrito como la *cultura de las reparaciones*. En su mayoría, los proveedores de salud aprenden a considerarse como el principal agente de cambio en el estado de salud de la persona y como la única fuente de saber legítimo sobre la salud. Las ideas de los pacientes sobre su salud se reducen a la categoría de “creencias” y en gran medida se hace caso omiso de los numerosos factores sociales y culturales que condicionan las prácticas de salud de los pacientes.

Uno de los problemas con las formas de comunicación inherentes a este modelo es que, aunque es eficaz cuando se trata de intervenciones médicas complejas, tal como una operación, es sumamente ineficaz para intervenciones en el ámbito de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En el contexto de situaciones sociales complejas y emociones subjetivas, los pacientes son quienes deciden si modificarán su comportamiento en relación con la salud. En el mejor de los casos, los médicos simplemente pueden ayudar a los pacientes a tomar decisiones bien fundadas.

Por lo tanto, el objetivo de los servicios de salud *reorientados* debe ser crear formas de comunicación basadas en negociaciones bilaterales, y no unilaterales. Los proveedores deben considerar el *diálogo* como parte importante de una consulta médica. No deben limitarse a proporcionar información, sino que deben aprender a escuchar, a respetar otras opiniones y a promover la independencia de los pacientes con respecto a las decisiones relativas a la salud y la atención de salud.

Una de las ironías del modelo dominante de comunicación en el contexto de la promoción de la salud es que no sólo es ineficaz para producir los cambios deseados en el comportamiento de los pacientes, sino que también es perjudicial para el personal de salud. Cuando los pacientes no modifican sus hábitos de la forma en que se les dice, el personal de salud tiende a considerar que no cooperan y se siente frustrado con su trabajo. Eso, a su vez,



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

crea un círculo vicioso: la relación entre el médico y el paciente se deteriora y se corre el riesgo de interrumpir la continuidad de la atención.

Con respecto a la comunicación comunitaria, muchos de los problemas que surgen en la comunicación cara a cara entre proveedores y pacientes existen también cuando el personal de salud atiende a grupos o va a vecindarios para ofrecer educación sanitaria. Comprender y respetar el contexto cultural y la percepción de la información que necesita una comunidad es lo primero que hay que hacer antes de iniciar una tarea de promoción de la salud en la comunidad.

Aunque la participación social ha sido durante algún tiempo uno de los objetivos enunciados de las reformas del sector de la salud, en la práctica las comunidades rara vez participan en la definición del modelo de la atención que reciben. En algunos países se han creado consejos de salud comunitarios, cuyo grado de control social varía en la práctica.

Con respecto a la retroalimentación sobre la calidad de la atención, a menudo se usan cuestionarios sobre la satisfacción, a pesar de que tienen grandes defectos. Debido a la amabilidad o al temor de los pacientes a represalias, la mayoría de los cuestionarios llevan a tasas de satisfacción situadas entre el 70 y el 85%, con pocas diferencias entre servicios de salud. Además, es bien sabido que los cuestionarios con preguntas que se contestan en forma afirmativa o negativa limitan la posibilidad de que los encuestados se expresen utilizando sus propias categorías conceptuales y relatando su propia experiencia. Se ha comprobado que mecanismos tales como puestos de escucha, buzones para quejas o números telefónicos que permiten a los usuarios expresarse libremente son más útiles para la planificación de los servicios de salud.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

PRINCIPALES PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA RESISTENCIA AL CAMBIO EN EL ÁMBITO DE SANITARIO

Centrando la atención en el ámbito sanitario donde se aplicarán las medidas reorientadoras, puede señalarse que durante la etapa del diseño del programa, y antes de la etapa de ejecución, es necesario establecer las condiciones formales institucionales, que en muchos casos requieren la modificación o el ajuste de formas previas de organización y funcionamiento, siendo este aspecto el que ofrece mayores dificultades y resistencias.

La experiencia aportada en diferentes países sobre la puesta en práctica de programas innovadores indican que le mayor obstáculo para su concreción siempre ha consistido en la resistencia ofrecida por los médicos en general y por las propias instituciones hospitalarias.

La resistencia ofrecida por los médicos es comprensible, por la competencia que este sistema innovador establece en principio con la práctica ya establecida de la medicina; no siendo tan sencillo explicar la resistencia institucional.

La existencia de relaciones sistémicas lleva a la necesidad de profundizar el análisis, siendo una responsabilidad inexcusable de las instancias directivas decidir sobre el cumplimiento de metas u objetivos institucionales, donde la adecuación, el mejoramiento o el cambio de los proyectos constituyen imperativos continuos de la gestión directiva.

En este sentido todo proyecto que tienda al desarrollo de áreas programáticas implica una necesaria adecuación de las estructuras sanitarias si se pretende superar su tradicional objetivo meramente asistencia por el más amplio de prevenir la enfermedad y promover la salud.

Este cambio implica variaciones técnico-administrativas fundamentales, y necesita ir acompañado y aún precedido por un fuerte cambio de las actitudes de sus miembros y de las relaciones entre éstos.

A continuación se describen algunos de los principales problemas relacionados con la resistencia al cambio:

<i>Descripción</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Recomendaciones</i>
Se producen fuertes resistencias a la aceptación del Programa, tanto en el nivel del personal de atención médica como en el personal de apoyo	Parcialmente se trata de las naturales dificultades de adaptación a una tarea nueva. El equipo del Programa puede haber sido percibido como un grupo de élite y eso genera rechazo.	Controlar eficazmente toda apariencia elitista del grupo motor de cambio concientizando a sus miembros sobre este peligro.
Los médicos son especialmente resistente a las innovaciones, debido a su formación que los convierte en receptores fundamentalmente pasivos de información.	Se agrava la situación por falta de formación interdisciplinaria.	Tener presente, y hacerlo explícito cuando sea necesario, que sobre el programa se proyecta una multitud de insatisfacciones y descontentos provenientes de diversas situaciones hospitalarias, y de la situación crítica por la que pasa actualmente la profesión médica en nuestro país.



Ministerio de
Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Unidad de Auditoría

<i>Descripción</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Recomendaciones</i>
Diversos centros de poderes y prestigio del hospital se manifiesta explícita o implícitamente contra el programa.	Se trata de una de las mayores barreras que enfrenta el programa.	Debe ser objeto fundamental comprometer con el programa a los centros de poder y prestigio del hospital. La adhesión de los detentadores del poder real deberá permitir, a quienes se identifican con ellos como modelo profesional, vencer sus resistencias a esta nueva concepción de la medicina.
Los médicos se resisten a cambia la actitud de la relación tradicional médico paciente.	Los médicos, en parte, perciben las nuevas exigencias del rol como un cambio de identidad; aunque salir a la calle no implica pérdida de identidad, sí implica alterar las relaciones de poder.	Es necesario tener presente que en algún sentidos se trata de una redistribución de poder, pero también debe considerarse que, como en muchos procesos de cambios, la percepción de las nuevas exigencias de rol es mucho mayor que las verdaderas condiciones del cambio.
El cambio se percibe como una tarea adicional, como una sobrecarga de tareas a la rutina diaria.	Se rechaza la innovación y no la sobrecarga; se usa ésta, consciente o inconscientemente, como una excusa	Es necesario explicitarlo a quienes así lo sienten o expresan.

Bibliografía: Medicina en Salud Pública – V. E. MAZZÁFERO y col.; Ed. El Ateneo.