

Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco

D Zulaika¹, P Etxeandia², A Bengoa³,
J Caminos⁴, JM Arroyo-Cobo⁵

¹ Osakidetza, Vitoria-Gasteiz. ² Centro de Salud de Zaballa CP, Vitoria-Gasteiz. ³ Centro de Salud de Martutene, CP, Donostia-San Sebastian, ⁴ Centro de Salud de Urbi-Basauri, Basauri, ⁵ IIPP, Madrid

RESUMEN

Un año después del traspaso de las funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria, se describe el proceso que se ha seguido hasta la culminación de la transferencia, la situación actual de los servicios transferidos y los retos pendientes.

Palabras clave: prestación de atención de salud; atención primaria; gestión clínica; política de salud; gestión de recursos; prisiones; administración pública; España.

A NEW PRISON HEALTH CARE MODEL: THE EXPERIENCE OF THE BASQUE COUNTRY

ABSTRACT

A year after the transfer of prison health care functions and services from the State Administration to the Autonomous Community of the Basque Country, the process up to completion of the transfer, the current status of the transferred services and remaining challenges are described.

Key words: delivery of health care; primary health care; clinical governance; health policy; resources management; prisons; public administration; Spain.

Fecha recepción: 10-09-2012

Fecha aceptación: 20-09-2012

ESCENARIO LEGAL DEL MODELO ASISTENCIAL PENITENCIARIO:

Es inevitable referirse al escenario jurídico al hablar de sanidad penitenciaria, un término tomado de textos legales para definir toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas. En España aparece este concepto en el ordenamiento legal en el siglo XIX, en que por primera vez se habla de la sanidad penitenciaria como un elemento propio de la organización de las prisiones¹. Gracias al protagonismo de una

serie de principios ideológicos de carácter humanitario y progresista que adquirieron gran fuerza en aquel momento, se estableció por vez primera la necesidad de que existiera una adecuada atención médica en las prisiones españolas en un Decreto de fecha 13 de Diciembre de 1886.

La Institución Penitenciaria tiene asignada desde entonces entre sus competencias, velar por la vida, integridad y salud de los internos² y a este respecto mantiene, en los establecimientos de ella dependientes, la cobertura sanitaria correspondiente al nivel de Atención Primaria de Salud. La Ley General de Sanidad³,

garantiza los derechos de los internos y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, siendo competencia de las Administraciones la organización y desarrollo de todas las acciones preventivas y asistenciales dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

En términos generales, en toda Europa la legislación sobre esta materia considera que las personas que están internadas en prisión deben tener los mismos derechos y prestaciones sanitarias que el resto de la ciudadanía con las limitaciones, en lo que concierne al ejercicio y no a su contenido, derivados de esta situación. El objetivo principal es garantizar los derechos de los internos como usuarios de los servicios de salud, la accesibilidad de este colectivo a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias penitenciarias y la equidad en el acceso a los cuidados⁴.

EL CLIMA PRETRANSFERENCIAL

La OMS estableció en su declaración de Moscú de 2003 la necesidad esencial de establecer vínculos cercanos o la integración entre los servicios de salud pública y de la salud en las prisiones⁵. Ese mismo año, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁶ ordenaba que los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias fueran transferidos a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. El 17 de marzo de 2005, el Congreso de los Diputados aprobó una Proposición no de Ley que instaba a las Comunidades Autónomas a realizar la transferencia.

En 2005 se celebraron varias Sesiones informativas de Comisiones mixtas formadas por representantes de los Ministerios de Administraciones Públicas, Economía y Hacienda, Sanidad, Interior y de las 17 Comunidades Autónomas.

Cada Comunidad partía de una situación concreta y diferentes oportunidades de mejora, algunas sin embargo comunes a todas ellas, relacionadas con el aislamiento de los equipos sanitarios de los centros y de la red especializada, hospitalaria y, en definitiva, del resto de los servicios públicos de salud de la comunidad⁷. Algunas conclusiones de aquellas comisiones fueron la necesidad de consensuar protocolos de asistencia entre los equipos sanitarios de los centros penitenciarios y los del hospital de referencia, impulsar la telemedicina o reforzar los cuidados especializados en salud mental.

En este contexto, desde la Secretaría General de IIPP se abordaron las dificultades identificadas para

avanzar en la transferencia, solicitándose a la Abogacía del Estado un dictamen para analizar el aspecto jurídico de la financiación, y habiéndose encargado informes técnicos sobre la situación del aseguramiento de los internados en prisión y la responsabilidad del Ministerio de Interior en él.

Un análisis de los cambios precisos para la mejora de la coordinación entre los dos sistemas asistenciales, el intra y extra penitenciario, implica a cuatro grupos distintos de actuaciones:

1. Iniciativas de integración de estructuras organizativas.

Comenzar a considerar que los Servicios Sanitarios Penitenciarios forman parte de la red de Atención Primaria extrapenitenciaria lleva a proponer comisiones técnicas de armonización en los procesos de trabajo de ambas redes asistenciales.

2. Iniciativas de integración de sistemas de información asistencial.

Proporcionar un acceso más sencillo a los servicios de gestión e información comunitarios da la oportunidad de mantener un mejor seguimiento del paciente, tanto en el centro penitenciario como en el exterior. La Historia Clínica informatizada compartida entre todos los dispositivos asistenciales permite agilizar la asistencia, la gestión de agendas para la consulta especializada, acortar las listas de espera y disminuir el número de las consultas perdidas.

3. Iniciativas de incremento de capacidad resolutive.

Mayor resolución diagnóstica con la introducción de la ecografía, espirometría, MAPA, etc., dentro de los dispositivos accesibles en Atención Primaria. Apoyo de las áreas asistenciales propias de los servicios sanitarios penitenciarios, con la generalización de las consultorías para las especialidades más frecuentes entre las patologías que se atienden en prisión. Mayor poder de resolución de problemas asistenciales para la enfermería.

4. Iniciativas de refuerzo de la Atención Primaria y aumento de autonomía de los sanitarios.

Se trata de potenciar el trabajo de "filtro" del médico de Primaria y el de consultor del especialista, que los profesionales de Atención Primaria tengan mayor

autonomía para organizar su trabajo y ayuden a conseguir los máximos niveles posibles de equidad y eficiencia a partir de unos recursos limitados.

Hay margen para avanzar en la armonización de los modelos asistenciales que ahora caminan en paralelo para atender a las necesidades de las personas que se encuentran en prisión, el de atención primaria de la comunidad y el que se presta en los centros penitenciarios.

EL CASO DE LA TRANSFERENCIA DE LA SANIDAD PENITENCIARIA AL PAÍS VASCO:

La propuesta de creación de comisiones de armonización asistencial fue aceptada por los gestores sanitarios de algunas CCAA, entre ellas el País Vasco. A partir de la relación que esa comisión generó en Euskadi, desde los planteamientos de una mayor colaboración se fue pasando rápidamente a planteamientos más formales de integración estructural de todo el servicio sanitario de las prisiones vascas.

El 1 de julio de 2011 se producía la transferencia de la sanidad penitenciaria al País Vasco⁸. En el Decreto de Transferencia, se repasa todo el ordenamiento legal en el que está basada esta integración y en su anexo se detallan las normas del traspaso, las funciones que asume la Comunidad Autónoma, las que mantiene el Estado central y las que se realizarán de manera conjunta. También se crea una Comisión de Coordinación de composición paritaria encargada de regular los detalles del funcionamiento conjunto mediante la aprobación de los protocolos pertinentes y tres comisiones técnicas, una por cada centro, vinculadas a las directrices de la Comisión de Coordinación.

El Servicio vasco de salud es un ente público de derecho privado con 18 hospitales, 7 comarcas sanitarias de Atención Primaria, 320 centros de salud, 3 redes de salud mental extrahospitalarias y 34.500 profesionales entre estatutarios, laborales y funcionarios, tanto fijos como interinos y eventuales. En años previos había recibido diferentes transferencias sanitarias, siendo la más numerosa la del Insalud en 1988.

Por parte de IIPP se transferían tres centros. El de Nanclares (trasladado en diciembre de 2011 al nuevo centro de Zaballa), que atendía a 721 internos, y los de Basauri y Martutene con 392 y 380 internos respectivamente. El número de profesionales transferidos era de 43, 22 en Nanclares-Zaballa, 10 en Martutene y 11 en Basauri. De ellos, 16 médicos, 19 enfermeros/as, 1 farmacéutica y 7 auxiliares de clínica.

¿CÓMO SE VE EL SERVICIO SANITARIO PENITENCIARIO DESDE LA ÓPTICA DE UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD COMUNITARIA?

La visión de la sanidad penitenciaria desde Osakidetza tiene una doble vertiente. Por una parte, los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios constituyen un colectivo muy bien adaptado al medio en que desarrollan su actividad y tienen una larga experiencia en los procesos más prevalentes, como enfermedades transmisibles -VIH, hepatitis B y C, tuberculosis-, salud mental y drogodependencias, así como en procedimientos regimentales y médico-legales.

Sin embargo, hay una contrapartida: el aislamiento. La asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se da en un contexto y en una organización no sanitaria en la que la seguridad es la prioridad fundamental. Y hoy en día, en que los cambios en el campo de la salud se producen a una velocidad vertiginosa, permanecer fuera de una organización sanitaria, con toda su potencialidad diagnóstica, terapéutica y formativa, es un handicap.

Para integrar la sanidad penitenciaria en el Servicio vasco de salud, del modo que se había planteado, podía ser de mucha ayuda un referente. Las experiencias inglesa y escocesa fueron de gran utilidad. El proceso de transferencias en Inglaterra y Gales al NHS se desarrolló entre 2000 y 2006, completándose este último año^{9 10}. La transferencia de la sanidad penitenciaria en Escocia comenzó en noviembre de 2011, pero ya se llevaba trabajando en su diseño y organización desde 2007¹¹, fecha de publicación del informe que recomendaba esa transferencia¹².

Por otra parte, en Cataluña, se dispone desde 1983 de la competencia de la administración penitenciaria, aunque no fue hasta 2006 cuando se comenzó el proceso formal de transferencia del personal sanitario al Departamento de Salud,^{13 14} un proceso no finalizado todavía, por lo que en este momento en esa comunidad, la sanidad penitenciaria sigue manteniéndose como un sistema propio, alejado del sistema integrador que Osakidetza e IIPP están desarrollando.

EL ITINERARIO DE LA TRANSFERENCIA:

Desde un punto de vista organizativo y administrativo, la estructura asistencial y las labores de los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios no tienen un equivalente en el Servicio vasco de salud y ésta fue la primera cuestión que se planteó: ¿a qué es

equiparable un recurso asistencial en un centro penitenciario? y, dentro del resto de recursos asistenciales, ¿dónde debe integrarse?

Las funciones sanitarias que se realizan en un centro penitenciario son básicamente de tres tipos:

- Asistencia sanitaria fundamentalmente de Atención Primaria. En esto se puede equiparar a un centro de salud. Además, los médicos asistenciales de los centros penitenciarios son médicos de familia.
- Centro de crónicos. La asistencia penitenciaria tiene una parte sustancial de centro de larga estancia, de enfermos crónicos. Además dispone de depósitos y dispensación de medicamentos, camas de hospitalización y auxiliares de clínica, que no existen en los centros de salud. Organizativamente, esto lo hace más parecido a un centro de larga estancia que a uno de atención primaria, quizá a un centro socioasistencial de los de la red comunitaria.
- Aspectos médico-legales, judiciales y regimentales. La sanidad penitenciaria es una actividad que cruza la medicina con la ley, y muchos aspectos de la vida en prisión, incluidos los aspectos relacionados con la prestación sanitaria y con el entorno saludable, están regulados por la legislación penitenciaria y precisan de una actuación sanitaria concreta. También hay relaciones continuas con el sistema judicial. Y todo esto, que constituye una parte considerable de la labor diaria del centro, lo diferencia totalmente de la asistencia sanitaria comunitaria.

Teniendo en cuenta estas premisas, la primera decisión fue convertir los centros penitenciarios transferidos en centros de salud, equiparándolos asistencial y administrativamente a los centros de salud comunitarios e integrándolos a todos los efectos (recursos humanos, protocolos asistenciales, salud laboral, consulta odontológica, suministro de material, recogida de residuos, etc.) en la comarca de atención primaria correspondiente. La denominación de los centros fue similar a la de los restantes centros de salud, añadiéndole las siglas CP de centro penitenciario: Centro de Salud de Zaballa CP, Centro de Salud de Martutene CP y Centro de Salud de Urbi-Basauri CP. También se les asignó un hospital de referencia, con toda su capacidad diagnóstica y terapéutica (especialistas, servicios de farmacia, equipos diagnósticos, analítica, radiología, etc.). Todo lo referente a éste y a otros aspectos del proceso se recoge en el apartado de sanidad penitenciaria de la página Web de Osakidetza ¹⁵.

LOS PROFESIONALES SANITARIOS:

Al igual que había ocurrido en anteriores transferencias desde el Estado Central, se integró a los profesionales sanitarios, tanto funcionarios como laborales, en Osakidetza con su mismo estatus. Y, al igual que ocurre en los restantes centros de salud, se nombraron a los responsables de las unidades, que en Osakidetza se denominan Jefes de Unidades de Atención Primaria (JUAP), así como una supervisora de enfermería en Nanclares-Zaballa, Desde entonces las tres jefas médicas participan en las reuniones de la comarca.

Unos meses después de las transferencias se produjo la integración oficial de los profesionales en Osakidetza. Ello abrió la puerta a que los profesionales transferidos puedan participar en los concursos de traslados a plazas de atención primaria de otros centros de salud de Osakidetza. Un último tema que queda pendiente es la oferta de estatutarización a estos trabajadores.

La transferencia de la sanidad penitenciaria conlleva la cobertura de vacantes y sustituciones. Como consecuencia, una de las responsabilidades de Osakidetza es formar profesionales que, en un momento dado, puedan incorporarse a los centros de salud penitenciarios. La asistencia sanitaria penitenciaria tiene una serie de funciones y tareas específicas, derivadas del medio en el que los profesionales tienen que desarrollar su labor y de la patología prevalente de los pacientes atendidos. Por ello, hay que formar a estos profesionales, que conocen bien la medicina de familia, en enfermedades transmisibles, salud mental y drogodependencias, así como en aspectos regimentales y médico-legales.

Con este fin, en marzo de 2012 se celebró en Bilbao el I Curso de Sanidad Penitenciaria para profesionales de Osakidetza¹⁵. Como formación práctica complementaria, durante mayo y junio, 24 profesionales (12 médicos/as y 12 enfermeros/as) participaron en una rotación de tres días en los centros de salud penitenciarios. La impresión general fue muy positiva, tanto por los propios centros -que abrieron sus puertas a médicos y enfermeras con otra mentalidad y formación diferente- como para los profesionales que rotaban, que descubrieron una nueva realidad asistencial.

El proceso de formación de profesionales va a continuar en esta doble vía. Por una parte, los profesionales transferidos están incluidos en los programas de formación de Osakidetza y, por otra, se van a continuar desarrollando actividades formativas sobre sanidad penitenciaria a los profesionales de la red interesados en trabajar en prisiones.

En un planteamiento a más largo plazo, se están estableciendo acuerdos con los responsables de la formación de los MIR de Médicos de Familia para que éstos roten por los centros penitenciarios, conozcan su realidad y contribuyan así a una mayor integración de los centros de salud penitenciarios. El mismo proceso se está llevando a cabo con las Escuelas Universitarias de Enfermería.

INFORMATIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD PENITENCIARIOS:

La asistencia sanitaria que se da en los centros de salud penitenciarios tiene que estar coordinada con la comunitaria y la hospitalaria para lograr una continuidad real de cuidados. Para ello, parece lógico que haya una sola historia clínica electrónica a disposición de todos los profesionales implicados en el cuidado de un paciente. De esta forma, los profesionales de los centros penitenciarios tienen acceso en tiempo real al historial completo de sus pacientes en Osabide, el sistema informático de Osakidetza, incluyendo la evolución de aquéllos atendidos en urgencias hospitalarias, ingresados en los hospitales de referencia, vistos en consultas especializadas, así como a los resultados de analítica y radiología, al igual que ocurre en los demás centros de atención primaria.

Con este fin, a finales de 2010, se inició una experiencia piloto en Nanclares-Zaballa. Se instaló una nueva red de cableado informático y telefónico dentro del centro penitenciario, independiente de la red telefónica del propio centro por motivos de seguridad; se colocaron ordenadores con las maquetas del software de Osabide que se utilizan en los centros de salud y se formó a los profesionales sanitarios. De esta forma, el 1 de julio de 2011, cuando se produjeron las transferencias, estaba operativo en este centro penitenciario el mismo sistema de consulta de historia clínica que el que hay en cualquier centro de salud de Osakidetza.

Con esta experiencia piloto se identificaron aspectos de mejora y se corrigieron disfunciones, lo que ha permitido implantarlo de manera más eficiente en los dos centros penitenciarios restantes.

En este proceso se ha constatado la inviabilidad de mantener dos historias clínicas diferentes —Osabide y Sanit—, por lo que este último programa desaparecerá a efectos prácticos de los centros penitenciarios del País Vasco. Esto mismo había ocurrido anteriormente en el Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea, y el Centro Penitenciario de Pamplona que comparten la misma historia clínica electrónica (OMI). Los datos que recoge Sanit están disponibles en la Historia

Clínica Digital, tanto de Osakidetza como del Servicio Navarro de Salud, por lo que puede cumplirse una de las exigencias recogidas en el decreto de transferencias, la disponibilidad de datos epidemiológicos de cada centro, para que la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias pueda seguir ejerciendo su responsabilidad de autoridad sanitaria en materia de salud pública dentro del medio penitenciario.

La incompatibilidad entre sistemas informáticos es un problema similar a lo que está ocurriendo en el resto del Sistema Nacional de Salud, en que cada comunidad autónoma ha implantado un programa informático y una historia clínica electrónica distintos.

TELEMEDICINA:

Dentro de la estrategia del Servicio vasco de salud, uno de los aspectos más relevantes está siendo el desarrollo de nuevas tecnologías. Y entre ellas, la telemedicina constituye una herramienta muy útil que, en el caso de los centros de salud penitenciarios, permite realizar consultas a especialistas hospitalarios sin necesidad de que ni éste ni el paciente tengan que desplazarse. El traslado de un interno de un centro penitenciario al hospital para una consulta es un proceso complejo, que consume recursos y tiempo, y muchas veces no muy grato para el interno que se desplaza.

Para su aplicación en el medio penitenciario fue de gran utilidad la celebración de las II Jornadas de Telemedicina en el medio penitenciario en Bilbao, en octubre de 2010, donde, entre otras, se expuso la experiencia telemática pionera del Servicio Extremeño de Salud con sus Centros Penitenciarios.

En junio de 2011 se inició una experiencia piloto con una consulta telemática de VIH entre el Centro de Salud penitenciario de Nanclares-Zaballa y el Hospital Universitario de Álava, su centro de referencia¹⁵. Para ello se utilizaron las líneas telefónicas instaladas para acceder al sistema informático de Osakidetza y a las historias clínicas electrónicas, y se colocaron cámaras y pantallas en ambos centros.

La experiencia de este año de la consulta virtual de VIH ha sido muy positiva. La implementación de teleconsultas de otras especialidades y en los otros dos centros penitenciarios está siendo valorada.

Por otra parte, se ha conectado el nuevo aparato de RX digital de Zaballa con el Hospital Universitario de Álava, aunque todavía no está en funcionamiento. Esta estructura, a efectos administrativos y funcionales, depende del Servicio de Radiología del hospital.

FARMACIA:

Las transferencias mostraron la necesidad de regular, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y al igual que ocurre actualmente con las farmacias comunitarias o los servicios de farmacia hospitalarios, la situación legal y administrativa de los depósitos de medicamentos de los centros penitenciarios, y de organizar y ordenar las actuaciones que al respecto debían realizarse. El primer paso fue adscribir, en octubre de 2011, los depósitos de farmacia penitenciarios a los Servicios de Farmacia de los hospitales de referencia. Desde entonces, las compras de medicamentos se hacen a través de las farmacias hospitalarias. Por otra parte, la prescripción de medicamentos se ha planteado en base al vademecum de Osakidetza, incluyendo la política de genéricos. En segundo lugar, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco está elaborando un Decreto sobre Depósitos de Medicamentos en las Instituciones Penitenciarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco cuya publicación previsible será a finales de 2012. En él se definirán las características que deberán tener estos depósitos, su forma de funcionamiento, dependencia, etc.

Se han abordado igualmente temas de especial interés como la mejora de la calidad de prescripción y para ello se está realizando el pilotaje de la prescripción farmacológica a través del programa informático Osabide y la seguridad clínica en cuanto a la preparación de la unidosis para lo que se están estudiando medidas como la implantación de reenvasadoras

En resumen, se trataría de que cada centro penitenciario funcione como una planta más de su hospital de referencia.

PROCEDIMIENTOS REGIMENTALES Y MÉDICO-LEGALES:

Se ha indicado previamente que algunas funciones del personal sanitario que trabaja en los centros de salud penitenciarios —las regimentales y médico-legales— son específicas de la sanidad penitenciaria y desconocidas para los profesionales que provienen de la sanidad extrapenitenciaria¹⁶.

Al objeto de solventar esta situación se ha publicado el Manual de Procedimientos Sanitario-Administrativos en el Medio Penitenciario¹⁵, una versión actualizada del realizado hace varios años en IIPP y que recogía una serie de procedimientos sanitarios diferentes, algunos de los cuales eran exclusivamente sanitarios (hoja de evolución de medicina general, hoja

de valoración de enfermería, hoja de interconsulta ...) y otros de carácter más administrativo y médico-legal (informe médico de seguimiento de internos en huelga de hambre, aplicación aislamiento regimental, hoja resumen de conducción, parte de asistencia por lesiones, ...).

En 2012, un Grupo de Trabajo de Osakidetza e IIPP lo ha adaptado a la situación actual de los centros penitenciarios transferidos, donde la historia clínica electrónica, al igual que está ocurriendo en todo el Sistema Nacional de Salud, constituirá el núcleo fundamental de la atención sanitaria comunitaria y, en nuestro caso, también de la penitenciaria.

Y así, todo lo referente a aspectos puramente clínicos (historia clínica, evolución, resultado de pruebas complementarias, hojas de interconsulta, ..) será registrado en la historia clínica electrónica de Osabide. Los documentos administrativos médico-legales, específicos de la labor penitenciaria que se utilicen serán los de IIPP (Doc. San.)¹⁵ y se incluirán también en la historia clínica electrónica.

En resumen, este Manual es un documento en el que se han tratado de exponer de forma clara y sencilla las principales funciones regimentales, administrativas y médico-legales que deben llevar a cabo los profesionales sanitarios, de forma que, cuando un profesional proveniente de la sanidad comunitaria pase a desempeñar su actividad en un centro penitenciario, las conozca. En todo caso, las funciones y responsabilidades del personal sanitario que trabaja en un centro penitenciario, quedan definidas por ley por la LGOP, su Reglamento y cuantas disposiciones legales las complementan.

SALUD MENTAL Y TOXICOMANÍAS:

Así como durante las décadas de los 80 y de los 90, el consumo de heroína y la infección por VIH constituyeron los problemas de salud más relevantes de los centros penitenciarios, en la actualidad la salud mental y las toxicomanías se han convertido en el principal problema de salud.

La atención a la salud mental en Osakidetza se da a través de dos estructuras: la extrahospitalaria (Redes de Salud Mental de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa) y la hospitalaria. Desde un punto de vista organizativo, y al igual que ocurre con los restantes centros de salud, la asistencia a la salud mental en cada centro penitenciario se ha adscrito a su Red de Salud Mental correspondiente.

Por otra parte, y dado que este grave problema constituye nuestra prioridad de salud, se ha creado

un grupo de trabajo que ha empezado a analizar la situación en profundidad, mostrando qué soluciones se están dando por los servicios de salud de otras comunidades y países, y que realizará propuestas de mejora.

LA RELACIÓN ENTRE OSAKIDETZA E INSTITUCIONES PENITENCIARIAS:

Una de las consecuencias de las transferencias ha sido un cambio en las relaciones de dependencia orgánica de los profesionales sanitarios que trabajan en los centros penitenciarios. Hasta ahora éstos dependían de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria y de los directores de los centros penitenciarios. Con el cambio transferencial, la responsabilidad de la salud de los internos y de la organización asistencial ha pasado al Servicio Vasco de Salud, si bien existe una cierta relación de dependencia funcional con la dirección de los centros.

Ello ha planteado un nuevo tipo de interlocución, tanto a nivel central como en los centros penitenciarios, y especialmente entre las direcciones de los centros y los responsables médicos.

A lo largo de los doce meses transcurridos desde la publicación del Decreto de Transferencia, hemos cuidado especialmente esta relación, por lo que la coordinación ha sido muy buena, no habiéndose tomado ninguna decisión de forma unilateral y habiendo consensuado todos y cada uno de los pasos que afectaban a ambas organizaciones.

LOS RETOS PENDIENTES:

Un año después de la transferencia formal de la organización sanitaria penitenciaria a Osakidetza, el balance es muy positivo para ambas instituciones.

- La coordinación a todos los niveles ha sido uno de los aspectos más logrados del proceso
- No ha habido incidencias reseñables en la prestación de la asistencia.
- Los profesionales han facilitado la transición organizativa y su compromiso con las instituciones y los usuarios se ha seguido manteniendo inalterable.
- Los directores de los centros penitenciarios han manifestado un grado alto de satisfacción con el servicio.

Sin embargo, la transferencia en la organización de los servicios sanitarios desde el Ministerio de Inte-

rior a los gestores sanitarios de la comunidad es también un reto para una serie de problemas endémicos de este tipo de asistencia:

- La actitud excesivamente demandante de la población reclusa, un fenómeno explicable en parte por el perfil de estos pacientes con altas prevalencias de trastornos mentales, muchos de ellos pluripatológicos, sometidos a estrés emocional y con grave riesgo de exclusión social.
- Contar con un modelo de evaluación específico de las necesidades asistenciales en prisiones, separándolas de las demandas, y capaz de establecer el comienzo de un ciclo de mejora, de permitir una monitorización de la calidad asistencial e incluso de integrarse, si fuera conveniente, en modelos de excelencia como el EFQM¹⁷.
- La deficiente cumplimentación de la documentación sanitaria para los estándares judiciales, mucho más exigentes que los clínicos. Es parte del esfuerzo de conciliación entre lo legal y lo médico que el profesional sanitario penitenciario debe aprender.
- La falta de sistematización mediante protocolos del trabajo de promoción de la salud, indispensable en este ámbito.
- En definitiva la construcción de un nuevo modelo asistencial que defina el recurso sanitario penitenciario como una parte más de la estructura global de asistencia sanitaria pública.

Así pues, estamos desarrollando este modelo asistencial penitenciario desde la estructura de un gestor sanitario comunitario y con las potentes herramientas organizativas de Osakidetza, con los tres niveles asistenciales perfectamente cohesionados.

La experiencia acumulada también suministra información sobre lo que cabe hacer en otras comunidades autónomas, aún sin transferencias. Con inversiones moderadas, los centros penitenciarios de cualquier comunidad se pueden convertir en centros funcionales del Servicio de Salud correspondiente, con beneficios considerables tanto para los pacientes como para los propios profesionales.

Para finalizar, queremos destacar que el proceso de integración de la sanidad penitenciaria en un sistema autonómico de salud tiene una gran complejidad porque debe cohesionar dos realidades asistenciales, dos estructuras y dos mentalidades diferentes, pero cuyo resultado, en esta primera fase, está siendo muy positivo.

Desde IIPP y Osakidetza hay un compromiso de que esta experiencia siga en los buenos niveles de fun-

cionamiento que hoy presenta y alcance los mejores resultados posibles, una asistencia más coordinada, de mayor calidad para los pacientes, y más equitativa, que podrá abrir el camino a otras comunidades autónomas para realizar el mismo recorrido.

CORRESPONDENCIA

Daniel Zulaika
Plan del SIDA e ITS
Avda. de Navarra, 14, 8º
20013 San Sebastián
e-mail: daniel.zulaicaaristi@osakidetza.net

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Río y Pardo F. La Asistencia Sanitaria, introducción. En Cobo del Rosal M. Comentarios a la Legislación Penal Vol. 1. Madrid: Revista de Derecho Privado; 1986. p. 521-2.
2. Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre, Art. 3.4. (Boletín Oficial del Estado nº 239, de 5/10/79).
3. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, Art 3,4,10,12. (Boletín Oficial del Estado nº 102, de 29/04/86).
4. Prison Health and Public Health: The integration of Prison Health Services. Report from a conference organised by the Department of Health and the International Centre for Prison Studies. London, 2 April 2004. London: International Centre for Prison Studies; 2004 [cited 2012 jul 15]. Available from: http://www.prisonstudies.org/info/downloads/health_service_integration.pdf
5. Organización Mundial de la Salud en Europa. Prison Health as Part of Public Health: The Moscow Declaration. Ginebra: OMS; 2004 [citado 17 jul 2012]. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf
6. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo, disposición adicional sexta.(Boletín Oficial del Estado nº 128, de 29/05/03).
7. Archanco C. Integración de la Sanidad Penitenciaria en el sistema nacional de salud. Traspaso de competencias. Rev Esp Sanid Penit. 2006; 8: 100-2.
8. Real Decreto sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria 894/2011, de 24 de junio. (Boletín Oficial del Estado nº 155, de 30/06/11).
9. Hayton P, Boyington J. Prisons and Health Reforms in England and Wales. Am J Pub Health. 2006; 96:1730-33.
10. The future organisation of prison health care[Internet]. London: Joint prison service and national health services; 1999.[cited 2012 jul 12]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH_4006944
11. Lesley Gram. Prison Health in Scotland. A Health Care Needs Assessment[Internet]. Edinburgh: Scottish Prison Service; 2007. [cited 2012 jul 24]. Available from: <http://www.oehr.nhs.uk/resource/policy/ScottishPrisonHealthNeeds.pdf>
12. Prison Healthcare Advisory Board. Report to cabinet secretaries for Health and Wellbeing and Justice[Internet]. Edinburgh: Scottish Prison Service; 2007. [cited 2012 jul 24]. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0063020.pdf>
13. Decreto por el que se asignan al Departamento de Salud las funciones en materia de salud y sanitarias de las personas privadas de libertad y de menores y jóvenes internos en centros de justicia juvenil, y se integran en el sistema sanitario público los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil 399/2006, de 24 de octubre. (Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 4749, de 27/10/06).
14. Decreto por el que se regula el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud del personal sanitario del Departamento de Justicia adscrito a los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil 113/2010, de 31 de agosto. (Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 5706, de 2/09/10).
15. Osakidetza. Portal de la Sanidad Pública Vasca. [Internet]. Vitoria: Comunidad Autónoma de Euskadi: Gobierno Vasco; c 2011. [actualizada: 29 jul 2008; citada: jul 2012]. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-phhome00/es/>.
16. Department of Health & HM Prison Service. Report of the working group on doctors working in prisons: Summary and key recommendations [Internet]. London: Department of Health & HM Prison Service; 2001 [actualizada: jul 2011; citada: jul 2012]. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/prisonhealth/>
17. Arroyo JM, Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. Rev Esp Sanid Penit. 2003; 5: 60-76.