

Cronicidad y Atención Primaria: rol de la Sanidad Penitenciaria

R Morral-Parente

Institut Català de la Salut

RESUMEN

En Cataluña los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) se han integrado en el Institut Català de la Salut (ICS). Esta integración facilitará¹ la formación y actualización de los mismos, desaparecerán las diferencias existentes a nivel laboral entre servicios asistenciales pertenecientes a instituciones penitenciarias y los pertenecientes al Servei Català de la Salut.

Permitirá el trabajo en equipo y la coordinación entre los EAP comunitarios y los (EAPP) de un mismo territorio compartiendo formación continuada, grupos de trabajo transversales y relación de base territorial, facilitando la continuidad asistencial y el abordaje integral e integrado de la cronicidad.

Los sistemas de información existentes en Atención Primaria (AP) y la Historia clínica compartida de Cataluña son claves en este seguimiento.

También se compartirán herramientas de soporte a la toma de decisiones clínicas, que contribuyen al aumento de calidad y seguridad clínica. Entre otras están las guías de práctica clínica electrónicas, guías terapéuticas, sistemas de alerta en prescripción, etc.

Para los EAPP supondrá una oportunidad para introducirse en la docencia e investigación, que indirectamente repercutirá en la mejora de la calidad asistencial y de la formación de profesionales en este ámbito.

La clave del éxito radicará en compartir un modelo único de atención a la cronicidad, donde se realicen actuaciones en promoción y prevención de la salud, seguimiento transversal de patologías y con la información asistencial compartida entre profesionales y niveles que a lo largo de la vida atiendan a la persona, este o no en el medio penitenciario.

Palabras clave: Prisiones; Atención Primaria de Salud; Prevención Primaria; Enfermedad Crónica; Relaciones Laborales; Calidad de la Atención de Salud; España; Servicios de Salud.

CHRONICITY AND PRIMARY CARE: THE ROLE OF PRISON HEALTH

ABSTRACT

The Prison Primary Health Care Teams in Catalonia have been integrated into the Catalan Health Institute. This integration shall facilitate¹ training and updating, while eliminating the existing differences between the health services belonging to prison institutions and those of the Catalan Health Service.

It shall enable team work and coordination between Primary Health Care Teams in the community and the PHCTs in prisons within the same geographical area by sharing ongoing training, multi-sector work teams and territory-based relations, thereby facilitating continuance in care and complete and integrated treatment of chronicity.

The existing information systems in Primary Health Care and the shared clinical history in Catalonia are key factors for this follow up process.

Support tools for clinical decision making shall also be shared, which shall contribute towards an increase in quality and clinical safety. These tools include electronic clinical practice guides, therapeutic guides, prescription alert systems, etc.

This shall be an opportunity for Prison Health Care Teams to engage in teaching and research, which in turn shall have an indirect effect on improvements in health care quality and the training of professionals in this sector.

The critical factor for success is the fact that a unique chronicity health care model shall be shared, where measures for health promotion prevention can be taken, along with multi-sector monitoring of pathologies and with health care information shared between professionals and levels throughout the patient's life, both in and out of the prison environment.

Key words: Prisons; Primary Health Care; Primary Prevention; Chronic Disease; Labor Relations; Quality of Health Care; Spain; Health Services.

Desde que en el año 2003 se publicó la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual hace referencia a la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a los correspondientes servicios autonómicos de salud han pasado 11 largos años, pero esta integración desde octubre del 2014 es ya una realidad en Cataluña.

¿Y qué representa esta integración para la Sanidad Penitenciaria?

La Sanidad Penitenciaria, en Cataluña ha pasado a formar parte del Servei Català de la Salut (SCS). En concreto, los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) se han integrado en el Institut Català de la Salut (ICS). Este hecho abre nuevas perspectivas y retos a los profesionales que trabajan en estos servicios sanitarios.

A nivel profesional, esta integración facilitará¹ la formación y actualización de los mismos, así mismo también desaparecerán las diferencias existentes a nivel laboral entre los servicios asistenciales pertenecientes a instituciones penitenciarias y los pertenecientes a los proveedores del SCS. Pero el gran giro, sin duda, vendrá dado por el cambio en el enfoque y abordaje de estos ciudadanos que en un momento determinado de su historia vital se hallan privados de libertad y que al cumplirse la condena retornan y siguen sus controles sanitarios por parte de la atención primaria en el medio comunitario.

En el ámbito penitenciario² los programas de prevención tienen gran importancia por diferentes razones; en primer lugar, por el hecho de que en este medio se realiza el primer contacto con los servicios médicos, por parte de algunos internos. En segundo lugar, por



Figura 1. Fuente de datos: *Pla de Salut* 2011-2015 del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya 2012.



Figura 2. Fuente de datos: *Pla de Salut* 2011-2015 del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya 2012.

que el tipo de vida y el hecho de vivir en comunidad conlleva que determinadas enfermedades infectocontagiosas de mayor prevalencia en los centros penitenciarios, deban abordarse de forma precoz, como en el caso de la tuberculosis. También son de vital relevancia los programas de promoción y prevención de la salud en cuanto a hábitos higiénicos y saludables. La trazabilidad y el seguimiento de estos pacientes, una vez fuera de los centros penitenciarios, a cargo de la red de Atención Primaria, de forma coordinada y transversal es fundamental, facilitando la continuidad asistencial. En el futuro más inmediato la integración facilitará el abordaje transversal e integral de la cronicidad.

La mayor esperanza de vida y el aumento de supervivencia en las personas con problemas crónicos, así como el hecho de disponer de mejores cuidados, contribuye al envejecimiento de la población³ y al aumento de las personas con enfermedades crónicas. Esto constituye un escenario que plantea importantes retos en la manera de organizar y prestar los servicios para este grupo de población.

En el ámbito penitenciario, según el registro de mortalidad en instituciones penitenciarias del ministerio del Interior⁴, las principales causas de mortalidad durante el año 2011 fueron las enfermedades cardiovasculares con un 19,5% de las muertes totales acontecidas, en segundo lugar aparecen las causas digestivas asociadas a cirrosis (10,7%), seguidas de las respiratorias (7,4%) y las tumorales 6,7%. Hasta no hace muchos años la principal causa de fallecimiento era la derivada del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En la actualidad solo el 6% de los fallecimientos en los centros penitenciarios son debidos al VIH.

Asimismo, también ha aumentado la edad media de los reclusos, con lo que la prevalencia de patologías crónicas también lo ha hecho hasta niveles similares a los de la población general.

En el año 2011 en Cataluña, el Departament de Salut define el *Pla de Salut* 2011-2015 como marco de referencia para políticas sanitarias. En ese momento se crea el PPAC (Programa de Promoción y Atención a la Cronicidad)⁵ que se encarga de liderar todas las actuaciones en las diferentes líneas estratégicas en materia de cronicidad. Este Plan de Salud pone de manifiesto el papel relevante de la Atención Primaria como principal actor y garante en la prevención, detección, control y seguimiento pro activo de la cronicidad. (Figura 1)

Dentro de las líneas estratégicas que contempla el programa de cronicidad del Departament de Salut, cabe destacar la implantación de procesos clínicos integrados, la potenciación de los programas de protección, promoción y prevención, la autoreponsabilización de los pacientes y el fomento del autocuidado y el despliegue de programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos. (Figura 2).

Para poder llevar a cabo todo el programa de atención a la cronicidad en los centros penitenciarios es fundamental el papel y la implicación de los EAPP. Y para ello, el conocer la realidad de donde partimos en cuanto a prevalencias de las principales patologías crónicas en el medio penitenciario es fundamental, ya que este tipo de patologías se comportan como un "iceberg" en dichos centros. Según estudios publicados^{6,7} estaban diagnosticados en sus historias clínicas un 19,7% frente a 32,3% de sujetos que no tenían diagnóstico previo y presentaban criterios diagnósticos de algunas patologías. En este

SICAP: Sistema Información Profesionales										
Estàndard de Qualitat Assistencial										
Indicador	Profesional					Màxim Punts	Metes		Resultats de l'entorn	
	Prevalença	Detecció	Resolució	Resultat	Punts		Mínim	Màxim	EAP	ICS
05-AVC: Tractament antiagregant	1,48%	78,26%	95,83%	93,76%	10	10	75,36	92,93	89,25%	90,74%
06-AVC: Control lipídic	1,48%	78,26%	54,17%	52,99%	50	50	37,17	49,24	53,65%	48,13%
07-CI: Tractament beta-bloquejant	2,46%	88,96%	42,5%	42,5%	0	10	48,39	62,91	46,79%	59,18%
08-CI: Tractament antiagregant	2,46%	88,96%	92,5%	92,5%	9,43	10	73,42	93,66	77,92%	85,92%
09-CI: Control lipídic	2,46%	88,96%	72,5%	72,5%	50	50	43,41	55,56	55,05%	52,04%
10-Distipèmia: Càlcul RCV (35-74a)	26,94%	100%	88,08%	88,08%	65	65	62,27	84,97	86,06%	80,02%
11-ACxFA: Tractament AAS / ACO	1,97%	100%	62,5%	62,5%	0	10	63,28	80,98	57,99%	76,71%
12-HTA: Control TA	20,18%	95,54%	63,41%	63,41%	90	90	54,59	62,48	60,16%	63,17%
13-HTA: Control TA en població de risc	10,65%	91,72%	63,58%	63,58%	60	60	43,16	51,57	53,29%	55,42%
14-IC: Tractament IECA / ARAII	1,17%	87,81%	68,42%	68,42%	7,71	10	51,86	73,33	61,79%	65,07%
15-IC: Tractament beta-bloquejant	1,17%	87,81%	31,58%	31,58%	0	10	33,78	49,07	32,35%	45,81%
17-Alcohol: Cribratge (15-79a)				37,56%	19,32	65	34,35	45,14	39,14%	39,53%
18-Tabac: Abstinents en població de risc	26,46%	93,75%	80,23%	80,23%	55	55	65,82	75,71	71,31%	71,09%
19-Tabac: Cessacions en els darrers 12m (15-79a)	16,77%	100%	7,09%	7,09%	52,26	70	5,59	7,6	7,36%	6,18%
20-DM2: Cribratge peu	7,69%	100%	64%	64%	45	45	49	61,67	59,41%	56,48%
21-DM2: Control HbA1C (15-79a)	6,67%	100%	63,37%	63,37%	60	60	48,47	59,03	57,09%	57,72%
22-DM2: Cribratge retinopatia (15-79a)	6,67%	100%	92,06%	92,06%	45	45	55,04	70,14	73,9%	66,5%
29-Grip: Vacunació (>59a)				48,64%	0	60	50	60	45,66%	51,38%
30-Grip: Vacunació població de risc (15-59a)	7,82%	87,16%	24,21%	24,21%	39,92	45	18	25	15,92%	18,66%

Pantalla visualización indicadores por parte de médicos y enfermeras (!). Carga datos mensual

Figura 3. Fuente de Datos SICAP, Institut Català de la Salut.

sentido la búsqueda proactiva y precoz de factores de riesgo y de diagnósticos ocultos es una prioridad.

Los sistemas de información existentes en Atención Primaria (figura 3) y la historia clínica electrónica única van a ser piezas claves. Actualmente estas herramientas son fundamentales a la hora de poder registrar de una forma estructurada toda la información clínica del paciente y poder compartir todos los recursos que facilitan la toma de decisiones, así como el seguimiento de todas las patologías crónicas y agudas.

De entre los recursos existentes actualmente en la Atención Primaria del ICS, que ayudan al clínico, están las guías de práctica clínica y las guías terapéuticas en formato electrónico, los sistemas de alertas en diferentes aspectos de la prescripción (Prefaseg y Self Audit), todo el desarrollo de Inteligencia activa en la historia clínica electrónica (ECAP), alertas de laboratorio, protocolos comunes, acceso a Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3) en la cual todos los proveedores de los diferentes niveles asistenciales publican informes de pruebas complementarias, de altas hospitalarias, de urgencias, etc. En definitiva, una serie de herramientas de soporte a disposición del clínico, que contribuyen al aumento de la calidad y seguridad clínica. Este sistema de seguimiento y evaluación, con objetivos e indicadores basados en la evidencia científica y en las recomendaciones existentes de las patologías más prevalentes atendidas en atención primaria, permite a los clínicos detectar aquellos pacientes que por algún motivo no están cumpliendo el objetivo propuesto y realizar un control evolutivo de los problemas de salud de estos ciudadanos.

La integración tanto de sistemas de información como de los propios profesionales permitirá el trabajo en equipo y la coordinación entre los EAP comunitarios y los penitenciarios de un mismo territorio. Posibles herramientas para ello son la formación continuada compartida, los grupos de trabajo transversales que abordan problemas de salud y mecanismos de coordinación y relación de base territorial.

La Docencia es otro de los pilares de la Atención Primaria. Actualmente en el ICS⁸ hay 74 centros docentes acreditados, que incluyen el 75% de las plazas ofertadas en formación sanitaria especializada de medicina familiar y comunitaria y enfermería familiar y comunitaria, formando a más de 750 residentes anualmente. Para los EAPP supondrá una oportunidad para introducirse en la docencia, que indirectamente repercutirá en la mejora de la calidad asistencial y de la formación de profesionales en este ámbito.

En el campo de la Investigación, la Atención Primaria cuenta con un Instituto de Investigación propio, como es el Instituto de Investigación de Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol). Esta institución es un

referente de soporte metodológico a los proyectos y grupos de investigación. Su existencia supone una ventaja para promocionar el desarrollo de proyectos de investigación transversales.

La clave del éxito radicará en compartir un modelo único de atención a la cronicidad, proactivo, donde se realicen actuaciones en promoción y prevención de hábitos saludables, donde el seguimiento de las patologías crónicas sea realmente transversal y toda la información asistencial sea compartida por todos los profesionales y todos los niveles que a lo largo de su vida atiendan a la persona, este o no en el medio penitenciario.

CORRESPONDENCIA

Rosa Morral Parente
 Institut Català de la Salut
 Gran Via de les Corts Catalanes, 587, 3ª planta
 08007 Barcelona

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Vidal J. Ser médico de familia en la cárcel. *AMF* 2014; 10(11) 676-8.
2. Melguizo M. De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. *Aten Prim* 2011; 43: 67-8.
3. Serrano MD. Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (II). *Revista de Derecho UNED*; 2010; 7: 525-60.
4. Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias 2011*. Madrid: Ministerio del Interior del Gobierno de España; 2012.
5. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria* 2012; 44: 107-13.
6. Rosen R, Trust N, Ham C. *Integrated Care: lessons from evidence and experience* [Internet]. London: The Nuffield Trust; 2008 [cited 2015 Jan 20]. Available from: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/integrated-care-lessons-evidence-and-experience>.
7. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit* 2014; 16: 38-47.
8. Memoria 2013. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2014.