

# Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles

Grupo de Trabajo CAPRI (P Saiz de la Hoya<sup>1</sup>, P Viciano<sup>2</sup>, J Antón<sup>3</sup>, JM Arroyo<sup>4</sup>, R Calvo<sup>5</sup>, JM Castro<sup>6</sup>, C Gutiérrez<sup>7</sup>, G López<sup>8</sup>, J Nieto<sup>9</sup>, N Teixido<sup>10</sup>, LC Vasallo<sup>11</sup>)

- <sup>1</sup> Centro Penitenciario de Alicante
- <sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla
- <sup>3</sup> Centro Penitenciario de Albolote
- <sup>4</sup> Centro Penitenciario de Zaragoza
- <sup>5</sup> Centro Penitenciario de Castellón
- <sup>6</sup> Centro Penitenciario de Huelva
- <sup>7</sup> Centro Penitenciario de Tenerife
- <sup>8</sup> Centro Penitenciario de El Dueso
- <sup>9</sup> Centro Penitenciario de Madrid IV
- <sup>10</sup> Centro Penitenciario de Barcelona Modelo
- <sup>11</sup> Centro Penitenciario de Topas

## RESUMEN

Este artículo describe un estudio realizado mediante la técnica del Grupo Nominal con la finalidad de identificar y priorizar problemas de calidad asistencial en las prisiones españolas. La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria creó una serie de grupos de trabajo compuestos por médicos/as y enfermeros/as de prisiones, que consensuaron una lista de problemas u oportunidades de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria de las personas recluidas. En este estudio han participado un total de 67 profesionales, representando a 57 diferentes prisiones españolas.

Se describen oportunidades de mejora estructurales que fueron principalmente la priorización de lo regimetal frente a lo asistencial, la escasez y desmotivación de los profesionales y la descoordinación con la red asistencial extrapenitenciaria, entre otras. Mientras que en el área de los procesos, los tres problemas más frecuentemente descritos fueron: un inadecuado seguimiento de los pacientes con VIH y TBC, la cumplimentación insuficiente de los registros clínicos y la falta de implicación de algunos profesionales en su trabajo.

**Palabras clave:** Calidad de la atención sanitaria, prisión.

## CAPRI REPORT ON THE QUALITY OF HEALTH CARE IN SPANISH PRISONS

### ABSTRACT

This article describes a study carried by means of the Nominal Group technique which set out to identify and prioritise health care problems within Spanish prisons. The Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) established a number of working groups made up of prison doctors and nursing staff, who reached a consensus on a list of existing problems, and opportunities for improvement of the quality of health care for prisoners. A total of 67 health care professionals representing 57 different Spanish prisons participated in this study.

We describe opportunities for structural improvement which were principally ones of prioritising the punitive approach over a reintegrative one, scarcity and lack of motivation of the health care professionals, and the lack of co-ordination with the health care network outside prison (amongst others). As regards the process area, the three most commonly described problems were: inadequate follow-up of patients with HIV and TB, insufficient compliance with the clinical records process and a lack of commitment on the part of some health care professionals to their work.

**Key words:** Quality of Health Care, Prison.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente no existen estudios que nos indiquen cual es el nivel de calidad de la asistencia sanitaria que se presta en las prisiones españolas. Una evaluación sobre este tema, llevada a cabo en prisiones de Inglaterra y Gales<sup>1</sup>, concluyó que la atención sanitaria era, generalmente, de más baja calidad que la del Sistema Nacional de Salud inglés (NHS) y terminaba recomendando que la asistencia sanitaria de prisiones no permaneciera separada del NHS. En España la situación se podría considerar similar, y es por ello que hemos considerado que el informe CAPRI puede resultar importante en la evaluación de nuestro sistema sanitario.

Hay que entender por *Calidad* a una característica cuantificable de un producto, característica que denota el grado de satisfacción, de cubrir lo esperado, por el usuario o comprador de ese producto. La asistencia sanitaria es un derecho, un producto, que se ofrece a toda la población española, independiente de su situación social, cultural o judicial, y usando la definición del programa ibérico, podemos decir que *calidad asistencial* consiste en “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”<sup>2</sup>.

El informe *CAPRI (Calidad Asistencial en Prisiones)* que se describe en este trabajo, analiza la mejora de la atención sanitaria a la población reclusa de nuestro país. Se ha centrado en conocer cuáles son los problemas de calidad y oportunidades para mejorar la asistencia, según la opinión de los profesionales sanitarios de prisiones<sup>3</sup>.

Al ser las patologías relacionadas con enfermedades infecciosas —infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), tuberculosis (TBC), hepatitis virales y toxicomanías— las que mayor esfuerzo y recursos exigen dentro de la práctica asistencial en prisiones<sup>4</sup>, se decidió concentrar el análisis en los problemas de calidad asistencial en estas patologías, aunque esta delimitación no excluyó actuaciones sobre otras áreas del trabajo cotidiano, como son la atención primaria y la psiquiátrica.

Muy lejos de pretender culpabilizar a nadie, sino con la esperanza de que esta iniciativa sirva para mejorar la atención sanitaria que se presta a los reclusos españoles, se exponen en este documento los más importantes problemas de calidad u oportunidades de mejora (PCOM) que los profesionales asistentes encontraron en sus reuniones, diez referentes a la estructura y otros diez referentes a los procesos asisten-

ciales. Se han propuesto también criterios que puedan servir para medir esta calidad asistencial en el futuro.

Se aporta también lo que consideran los ATS/DUE con ejercicio profesional en las prisiones españolas, como los PCOM estructurales y de proceso más importantes desde su punto de vista, PCOM que se han obtenido con la misma metodología de Grupo Nominal. Ha sido imposible contrastar los datos obtenidos mediante estas reuniones con la opinión de los pacientes, porque si por una parte debemos constatar que la administración penitenciaria dependiente de la Generalitat de Cataluña ha dado constantes facilidades para realizar este programa y ha autorizado en su ámbito la encuesta a pacientes, no podemos obviar que no ha sido esa la postura de la administración penitenciaria dependiente del Gobierno Central, que en ningún momento ha facilitado la realización de este programa y no ha autorizado la realización de la encuesta, alegando que la metodología propuesta (encuesta realizada por el Departamento de Calidad de la Universidad Miguel Hernández de Alicante) no es adecuada para internados en prisión, imposibilitando por tanto su realización.

## MATERIAL Y MÉTODO

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), impulsora de este proyecto, eligió a nueve profesionales que actuaron como coordinadores para otras tantas zonas correspondientes a todas las autonomías del Estado. Se intentó que estos coordinadores cuya función resultó fundamental, fuesen trabajadores preocupados por la calidad asistencial y que tuviesen experiencia y prestigio profesional en sus zonas.

A estos coordinadores zonales, mediante una reunión preparatoria se les documentó y asesoró en lo que serían sus funciones, que incluía la libre selección de candidatos a cada una de las reuniones de cada Autonomía, la recogida de la información estructurada, y la moderación sin “opinión” de las reuniones de trabajo.

Para conocer las opiniones de los sanitarios se empleó la técnica de Grupos Nominales<sup>6</sup> de Delbecq<sup>7</sup>, cuya *técnica* pretende encontrar soluciones a problemas sólo conocidos por los profesionales afectados, y de los que no hay documentación. La selección de los participantes se realizó atendiendo a unas premisas: que todas las autonomías estuvieran representadas, que incluyeran tanto macro-prisiones, como prisiones pequeñas, y que la actitud de los profesionales fuera la de mejorar la atención sanitaria de los reclusos.

Se programaron un total de 9 reuniones zonales (Asturias, Barcelona, Granada, Madrid, Sevilla, Tenerife, Valencia, Valladolid y Zaragoza). En total han

participado directamente un total de 67 profesionales, representando a cada una de las prisiones de las ciudades antes mencionadas.

Cada grupo, de forma individual inicialmente, y posteriormente consensuada, definía cuales eran las oportunidades de mejora o problemas de calidad asistencial más importantes, centrándose en dos diferentes aspectos: la estructura sanitaria de las prisiones españolas (organización, medios personales, locales de la atención, medios exploratorios, diagnósticos y terapéuticos) o sea, lo que tenemos, y el proceso o acto sanitario, lo que hacemos.

De cada una de estas áreas, se elegían diez problemas, y mediante un método de priorización, el de comparación por pares, se establecía cual tenía más o menos impacto en la disminución de la calidad prestada.

Mediante una nueva reunión de los 9 coordinadores regionales, junto con los dos coordinadores generales del proyecto, se completó la tabulación de la opinión y priorización de los profesionales.

Desde los inicios del CAPRI, los coordinadores generales y los coordinadores de zona consideraron necesario que en este proyecto se realizase, complementariamente a las reuniones de zona, una reunión especial en la que un grupo de ATS/DUE pudiesen hacer una valoración de los problemas de calidad y oportunidad de mejora [relacionados especialmente con las enfermedades infecciosas (VIH, TBC, VHC..., etc.) y las toxicomanías], existentes en los Centros Penitenciarios y desde su punto de vista profesional. Esta reunión de enfermeros de distintos centros penitenciarios de España, complementaría a las reuniones de zona, y serviría para aportar problemas asistenciales diferentes y oportunidades de mejora adicionales según su valoración, que seguramente resultase complementaria en algunas ocasiones y novedosa en otras.

Para esta reunión, se invitó a participar a profesionales (ATS/DUE) de distintas zonas de España en calidad de expertos. Se solicitó a los coordinadores de zona que aportasen nombres de enfermeros de sus zonas con prestigio profesional, y se pidió que estos profesionales reuniesen entre sus características el tener experiencia y conocimiento del medio, hubiesen tenido actividad profesional en distintos centros penitenciarios y fuesen en conclusión profesionales que pudiesen servir de referencia para el resto del colectivo.

## RESULTADOS

De los PCOM que provenían de las aportaciones hechas en las diferentes reuniones zonales, se obtuvo

una lista final en una reunión de consenso de los médicos/as, que actuaron como coordinadores zonales. Estas oportunidades de mejora se priorizaron en dos grupos, diez referidas a elementos estructurales y otras diez dependientes de procesos. Por otra parte, en la reunión de consenso de enfermeros/as se priorizaron igualmente una serie de problemas asistenciales centrados en el trabajo de este colectivo de profesionales. A continuación se recogen las diferentes oportunidades de mejora ordenadas por la frecuencia con que fueron seleccionadas en los diferentes grupos. Se adjunta un resumen de las explicaciones que los grupos hicieron de cada una de ellas, para definir las y en ocasiones aportar opiniones sobre sus causas y soluciones.

### 1. Problemas de calidad u oportunidades de mejora globales en relación con la estructura:

A. PRIORIDAD DE LO REGIMENTAL FRENTE A LO SANITARIO (415 puntos). Fue el más comentado y apareció en todas las reuniones. Dependencia jerárquica no sanitaria. Las funciones de los sanitarios, tanto médicos como enfermeros, en las prisiones están descritas en la Ley General Penitenciaria y su Reglamento, unos textos legales con sus correspondientes desarrollos establecidos en circulares e instrucciones, provenientes de una institución que nada tiene que ver con la sanidad. Primero el Ministerio de Justicia y luego el de Interior se han ocupado de regular la actuación de los funcionarios que trabajan en las prisiones, bajo su responsabilidad, con un objetivo principal, el cumplimiento de la pena tal y como manda la ley. Desde que un Real Decreto de 5 de mayo de 1913 las enumerara detalladamente, las funciones del médico de prisiones se regulan junto a las de los demás funcionarios del establecimiento, en sucesivos textos legales en los que se han ido modificando más o menos, añadiendo unas y quitando otras, pero siempre pensando en que el sanitario penitenciario era un elemento más de la prisión, cuyo trabajo se dirigía a conseguir un buen orden y funcionamiento del centro.

Por tanto, los servicios sanitarios de IIPP dependen del director del centro. Hay una primacía de la custodia de los internos sobre la asistencia sanitaria, y las actuaciones sanitarias están condicionadas por el régimen del establecimiento, lo que da lugar a que el servicio médico no sea autónomo.

El médico asume funciones ajenas a sus competencias: aislamientos, dietas, suplementos. Las

subdirecciones médicas de los centros tienen más contenido regimental que asistencial.

- B. ESCASEZ Y DESMOTIVACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO (385 puntos). Fue el segundo gran bloque de los PCOM, incluye médicos, administrativos y personal de servicios. En parte, la escasez de personal es debida a una mala gestión del personal sanitario, que no ha sido prioritario para la DGIIPP. La desmotivación tiene que ver con las malas condiciones de trabajo, que a su vez están relacionadas con la escasez de personal, pero también con la movilidad, destinos poco deseados, aislamiento de la sanidad penitenciaria con el Sistema Nacional de Salud (SNS), la escasez de los programas de formación, y un bajo reconocimiento social del trabajo del profesional penitenciario. Esto último está en conexión con el aislamiento en el que se trabaja en las prisiones y la falta de oportunidades para dar a conocer la calidad e importancia de este trabajo.

También se habló de la mala organización de las cargas asistenciales del personal existente. Mejorar la organización optimizaría los recursos existentes.

- C. DESCOORDINACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (320 puntos). Existe una falta de coordinación entre las prisiones, atención primaria, centros de drogodependencias y los hospitales. Ni en los hospitales se valoran las peculiaridades del paciente-presos ni en las prisiones las peculiaridades de los hospitales, lo que conlleva que el método de citas actual tenga un elevado porcentaje de pérdidas. También existe descoordinación dentro de los profesionales en el mismo centro o con el hospital de referencia, lo que produce duplicidad de pruebas y demora en las consultas. Dichas demoras aumentan porque además de las listas de espera de la sanidad pública, se suman el número de salidas programadas al exterior y no realizadas por problemas de la fuerza pública en el traslado.
- D. DÉFICIT DE MEDIOS MATERIALES (238 puntos). Falta de material como pueden ser fonendoscopios, ECG, otoscopios. Asimismo falta de mantenimiento de desfibriladores, aspiradores. Ausencia de fármacos por la no adquisición del centro directivo. Escasa implantación de la informatización de la Historia Clínica, si bien existen algunos centros en los que se está implantando progresivamente. Falta de teléfonos y buscas y avisadores.
- E. EXCESO DE NÚMERO DE GUARDIAS Y CARGA ASISTENCIAL (232 puntos). Hay ex-

cesivo número de guardias que se ve acrecentado en los periodos vacacionales, por la falta de suplentes. Existe una carga asistencial excesiva por demandas extramédicas de componente multicausal (falta de cultura sanitaria de los reclusos, prisionización o trastornos mentales, entre otras) y que probablemente no se solucionaría aumentando el personal sanitario. Los internos ven en el médico la posibilidad de obtener ventajas que a los no enfermos les niega el centro: celdas individuales, comida especial, bajas médicas, lo que resta tiempo a la consulta para atender a los internos con patologías importantes.

- F. CONSULTAS E INSTALACIONES SANITARIAS POCO ADECUADAS (187 puntos). Falta de espacio físico de las consultas y enfermerías, dicho problema es más patente en los centros pequeños. Las enfermerías no están bien dotadas. En teoría deberían funcionar como una sala hospitalaria. También existen problemas con los despachos de dispensación de metadona y escasez de personal para el reparto, ya que cada vez hay más internos que entran en Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM). Hay poca confidencialidad en las consultas, con acceso a las mismas, incluso a las Historias Clínicas de personal no sanitario.
- G. FALTA DE FORMACIÓN CONTINUADA Y PROBLEMAS EN LA INVESTIGACIÓN (170 puntos). La escasez de personal que pueda suplir a los profesionales durante las etapas de formación, la falta de sensibilidad de los responsables sanitarios para programar actividades formativas (muchas veces por falta de presupuestos), y también la poca conciencia de estos mismos profesionales sobre la necesidad de mejorar y actualizar su formación, hace que esta actividad sea muy escasa entre los sanitarios penitenciarios. Como conclusión de lo anterior, no hay programas de formación y cuando se realiza alguna actividad hay problemas de asistencia porque no suplen a los profesionales. Dada la importancia y complejidad de las patologías sobrevenidas en el medio penitenciario (VHB, VHC, VIH) sería conveniente la realización de recitales en un hospital.

Respecto a la investigación, el mundo penitenciario es por definición un mundo de aislamiento; por otro lado hay una especial sensibilidad social, sobre todo lo que ocurre en las prisiones, que podría usarse en clave política para dañar la imagen de los responsables de la administración. Estas razones, entre otras, influyen para que la administración no favorezca la investigación ni la difusión

de determinadas situaciones en relación con los reclusos, ante el temor que sean usadas en contra de los propios reclusos o de la misma administración. Se desconfía de una investigación planteada con el fin de mejorar resultados técnicos, hecha por técnicos y utilizando metodología universalmente aceptada dentro de la moral y la ética, confundiendo con la difusión de datos tendenciosos con no se sabe que oscuros objetivos. Ante la duda se prohíbe. Se rechaza toda investigación en prisiones mediante una circular (C07/99) que supedita cualquier trabajo en el que se manejen datos de reclusos, aunque sea de forma numérica, al arbitrio, no de un comité deontológico, que sería comprensible, tampoco de un grupo de técnicos, sino del mismo Director General de IIPP en persona, requiriendo no sólo autorización previa para realizar una investigación, sino otra posterior para permitir la publicación según sean los resultados. Se han dado diversos casos de prohibición de estudios sin ningún rigor en los argumentos.

- H. DÉFICIT DE PROTOCOLOS CLÍNICOS CONSENSUADOS (137 puntos). Se evidencia una variabilidad en la práctica clínica debido a que no existen protocolos y por tanto no se efectúan pautas de actuación comunes.
- I. ESCASA COLABORACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO (66 puntos). La falta de cultura de trabajo en equipo no es un problema exclusivo de los trabajadores penitenciarios.

## 2. Problemas de calidad u oportunidades de mejora globales en relación con los procesos:

- A. INADECUADO SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES CON TBC Y VIH-SIDA (322 puntos). Ha sido el PCOM más puntuado, lo que indica la importancia que para los profesionales de prisiones tienen estas patologías y la preocupación que produce el conseguir el seguimiento y control más completo posible. Para la mayoría de las prisiones aparecen problemas en el control y seguimiento de los pacientes de VIH y TBC por parte de los profesionales, que producen una merma en la calidad asistencial a esos pacientes. Fundamentalmente vienen referidos en su mayoría a la adherencia, lo que afecta tanto al TAR y al tratamiento antituberculoso. El TDO se presenta como problemático en bastantes casos debido a su no realización correcta. Existe también, aunque en menor medida, problemas con las pruebas diagnósticas

que se repiten indebidamente con alguna frecuencia. Por último la gran movilidad (por causas judiciales o simplemente por la movilidad que supone la masificación de determinadas cárceles) de los pacientes dificulta en gran manera un correcto seguimiento.

- B. CUMPLIMENTACIÓN INSUFICIENTE DE LOS REGISTROS CLÍNICOS (300 puntos). La Historia Clínica aparece como la segunda preocupación de los profesionales. Es para la mayoría la herramienta de trabajo más importante y prácticamente todos detectan problemas en algunos de sus apartados (hojas de ingreso, hojas de seguimiento, problemas con el programa informático sanitario "SANIT" —Historia Clínica también— por mala cumplimentación. En este caso hay una queja específica a que algunos médicos no introducen datos en el SANIT. En menor medida se pide que se realicen informes de alta por excarcelaciones, informes de seguimiento e informes a los especialistas. También aparecen problemas con las hojas de conducción que en ocasiones aparecen incompletas.
- C. ESCASO COMPROMISO DE LA ENFERMERÍA EN PATOLOGÍAS PREVALENTES (299 puntos). Existe una demanda importante de implantación de consultas de enfermería. La implicación de enfermería en las patologías prevalentes es considerada como clave y no asumida como tal en demasiados centros. En este sentido la adherencia al TAR (ya comentada en el primer PCOM) fue bastante puntuada. También, aunque en mucha menor medida, aparecen problemas con los suministros de tratamientos. El TDO vuelve a aparecer como problemático.
- D. ESCASEZ DE CONSULTAS PROGRAMADAS Y EXCESIVA BUROCRATIZACIÓN (244 puntos). A un nivel más bajo aparece el problema del exceso de las consultas a demanda y por tanto el déficit de consulta programada. Hay poco tiempo para la consulta. Existe una excesiva burocracia en los procesos asistenciales y la medicina defensiva aparece por la excesiva judicialización a la que nos vemos sometidos.
- E. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL MEDIO PENITENCIARIO (231 puntos). El medio penitenciario por sí mismo provoca dificultad en la relación médico-paciente. Es difícil separar, sobre todo a los pacientes, la condición de internos y la condición de funcionarios. Los internos presentan una alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas, toxicomanías y

otras patologías sobreevolucio­nadas que provocan dificultades en su asistencia, fundamentalmente desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico.

F. INSUFICIENTE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS EXISTENTES (212 puntos). En los protocolos existentes (sobre todo en patologías prevalentes) se producen demasiadas disfunciones en su cumplimiento. También puede influir la poca flexibilidad de estos protocolos para su aplicación en prisiones con muy distinta problemática y condiciones. Las demoras en el despistaje y en el inicio de la QMP de la infección tuberculosa nos preocupan bastante así como el retraso en la identificación de pacientes de riesgo. Las vacunaciones se encuentran en niveles bajos en algunos centros.

G. DEMORA EXCESIVA DE CONSULTAS, INTERVENCIONES Y RESULTADOS EN HOSPITALES (209 puntos). Las listas de espera para consultas extrahospitalarias, la demora excesiva en los resultados de las pruebas diagnósticas hospitalarias (en parte por la imposibilidad de solicitar por parte de los facultativos de sanidad penitenciaria pruebas diagnósticas complementarias), la falta de protocolos de derivación hospitalaria y en algunos centros una dependencia excesiva del hospital en el proceso de seguimiento del VIH y VHC (aparece de nuevo), provoca disfunciones en la práctica diaria.

H. POCA INTERVENCIÓN EN PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD (134 puntos). La educación para la salud es una asignatura pendiente. En la mayor parte de los centros se reconoce escasa y en algunos inexistente. Esto unido a la escasa cultura sanitaria de los pacientes hace difícil la atención sobre todo en patologías prevalentes en los que la prevención y la educación (adherencia) es fundamental.

I. AUSENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS CLÍNICOS (112 puntos). Existe una demanda importante de trabajo en equipo. La realización de sesiones clínicas facilitar­ía la unificación de criterios, sobre todo en la prescripción de psicofármacos. Aparece con muy baja puntuación el manejo del VHC.

J. DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (49 puntos). En último lugar y a gran distancia del resto aparecen problemas en los PPM fundamentalmente en las demoras de

inicios y modificaciones de dosis por la dependencia en muchos sitios de recursos externos. Los PPM suponen uno de los factores que contribuyen de mayor manera a la carga de trabajo para los sanitarios en las prisiones. Puede que sea por donde antes falle la organización del servicio cuando la sobrecarga de trabajo se hace insostenible, convirtiéndose así en una especie de primer indicador de mal funcionamiento, ya que es una actividad diaria que no puede demorarse y debe hacerse de manera muy precisa y en TDO. Cuando no se llega, hay gente que no se le reparte a tiempo, hay fallos en las dosis y por tanto accidentes, todo ello repercute de manera inmediata en el equipo.

Los PCOM elaborados por los ATS/DUE con la puntuación obtenida son estos:

**1. Problemas de calidad u oportunidades de mejora en relación con la estructura en el trabajo de enfermería:**

A. EXCESIVA CARGA ASISTENCIAL E INADECUADA GESTIÓN DEL TRABAJO Y DE SU REPARTO; NECESIDAD DE REDISTRIBUIR LOS TIEMPOS DE TRABAJO (ASISTENCIA Y REPARTO DE MEDICACIÓN VS. C. PROGRAMADA Y EPS); IMPOSICIÓN DE PROGRAMAS SANITARIOS CON CRITERIOS POLÍTICOS (56 puntos). En este punto se quiere hacer constar la elevada carga de trabajo que hay en los centros penitenciarios por las características de estos (elevadas prevalencias de enfermedades, elevada prescripción farmacéutica y gran número de internos en los distintos programas de drogas). Este trabajo, a su vez, está incoherentemente distribuido y gestionado (hay ausencia de supervisores de enfermería en muchos centros). Por otra parte la excesiva demanda de asistencia y el mucho tiempo que se dedica a trabajos como el reparto de medicación, hace que disminuya la dedicación de actividades como consultas de enfermería o educación para la salud (que en muchos centros ni siquiera están contempladas en el organigrama). Por último se realizan e implementan muchos programas sanitarios con criterios políticos, y aunque no se duda de su utilidad, se requeriría que primero se formase y segundo se dotasen a los centros de medios humanos y materiales para que se realicen correctamente.

B. FALTA DE RECURSOS HUMANOS: SUSTITUCIÓN EN BAJAS/VACACIONES. AUSEN-

- CIA DE PROFESIONALES ESPECÍFICOS (ATR, ATL, Ayudantes de farmacia, Farmacéuticos) (46 puntos). Punto paralelo y origen en gran medida del anterior. Hay un escaso número de Diplomados Universitarios de Enfermería (D.U.E.) en las prisiones (igual número o escasamente superior al de los médicos), y lo mismo o peor sucede con las auxiliares de enfermería. En los centros donde hay aparato de RX tampoco existen Auxiliares Técnicos Radiológicos (ATR) ni Auxiliares de Farmacia.
- C. BAJA MOTIVACIÓN E INFRAVALORACIÓN PROFESIONAL (39 puntos). Existe una baja motivación profesional en el personal de enfermería, debido a las condiciones laborales. Unido a ello, y causa también de lo anterior, existe una infravaloración del trabajo de enfermería en las prisiones desde otros estamentos y en algunas ocasiones desde la misma enfermería.
- D. ROL DE ENFERMERÍA EQUIVOCADO Y DEPENDENCIA JERÁRQUICA DE PERSONAL NO SANITARIO (38 puntos). Existe en ocasiones un concepto equivocado del rol de la enfermería en prisiones, debido, sobre todo, a las particularidades del ejercicio profesional y de los pacientes. Las funciones se regulan de manera que el sanitario debe satisfacer primordialmente al propio engranaje regimental, perdiendo de vista nuestras concepciones de atención integral. La dicotomía paciente-interno intercambia su rango de prioridad por la de interno-paciente quedando anulado el estatus de paciente, lo que conlleva a la larga a que en ocasiones se pierda la perspectiva de que el beneficiario último tiene que ser, pese a lo que pese, el paciente y convirtiéndose la enfermería en una prolongación más del brazo regimental. Por otra parte, el que la dependencia jerárquica en las prisiones exceptuando el primer escalón corresponde a personal no sanitario, y el que entre los objetivos principales de estos jefes, no esté la salud de los internos, dificulta en algunas ocasiones la realización de un trabajo correcto.
- E. FALTA DE HOMOGENEIZACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ESCASEZ DE PROTOCOLOS Y Poca UNIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA (37 puntos). Existe una gran variabilidad en la práctica clínica de los enfermeros en las distintas prisiones, e incluso dentro de un mismo centro, lo que conlleva mala calidad asistencial. Entre las razones de ello está la escasez de protocolos de actuación y la poca unificación y registro de la información sanitaria.
- F. ESCASEZ DE FORMACIÓN CONTINUADA, MATERIALES DE APOYO Y DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍAS DE MAYOR RELEVANCIA (TOXICOMANÍAS Y VIH) (37 puntos). La formación continuada en prisiones no es la adecuada. Los medios existentes no sólo son deficientes sino que además están mal gestionados (la formación intrapenitenciaria no llega a todos los profesionales y la extrapenitenciaria es denegada en un porcentaje altísimo, cuando se solapan los horarios con la jornada laboral); esta carencia de recursos se agudizan en los casos de formación especializada, como la que se requiere para actualizar aspectos importantes para los DUE sobre patologías de mayor relevancia en nuestro trabajo, toxicomanías, VIH, TBC, así como de su seguimiento, efectos secundarios, intolerancias, toxicidades... También existe una carencia importante de material adecuado que sirva de apoyo en la formación al paciente (por ejemplo material didáctico y técnico para realizar Educación para la Salud o para mejorar la adherencia en tratamientos crónicos).
- G. DESCOORDINACIÓN CON SANIDAD EXTERNA, CON ACTIVIDADES REGIMENTALES E INTRAEQUIPO (ESCASA COMUNICACIÓN Y FALTA DE SESIONES CLÍNICAS) (32 puntos). Existe una importante descoordinación con toda la sanidad extrapenitenciaria, que dificulta la continuidad de programas y tratamientos en los movimientos (ingresos y excarcelaciones) de los internos. También dentro de las prisiones se manifiesta una escasa coordinación con las actividades regimentales (horarios, actividades..., etc.). Por otra parte no se considera ni suficiente, ni adecuada la comunicación entre los distintos miembros de los equipos sanitarios, lo que se pone de manifiesto con el hecho frecuente de la ausencia de sesiones clínicas conjuntas en los equipos de salud.
- H. AUSENCIA DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS Y FALTA DE IMPLICACIÓN DE OTROS COLECTIVOS (29 puntos). No existen en las prisiones equipos multidisciplinarios que apoyen la actuación de los sanitarios. Existen psicólogos, trabajadores sociales..., etc., pero sus funciones no son asistenciales y no se implican en temas de salud.
- I. ESPACIO FÍSICO ESCASO. MALA DISTRIBUCIÓN DE DEPENDENCIAS Y TRABAJO EN AMBIENTES POCO SEGUROS (23 puntos). En muchas prisiones, los profesionales sanitarios desempeñan sus funciones en unas condi-

ciones que no reúnen unos requisitos mínimos de trabajo, ni de seguridad respecto al paciente. Las consultas están ubicadas en zonas totalmente inadecuadas e inseguras, generalmente en espacios reducidos, mal distribuidos, frecuentemente con ventilación insuficiente y alejadas de las zonas controladas por los funcionarios de seguridad.

- J. FALTA DE CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES POR EL MISMO EQUIPO Y/O EXCESIVA MOVILIDAD DE LOS MISMOS (22 puntos). Por la continua movilidad de los pacientes (ya sea ingreso/excarcelación o movilidad entre prisiones o entre módulos o galerías en las prisiones) no existe una continuidad en la atención a los pacientes. Por otra parte la organización del trabajo que distribuye este por módulos o galerías provoca que un paciente cambie constantemente de equipo sanitario.

## 2. Problemas de calidad u oportunidades de mejora en relación con los procesos de enfermería:

- A. ESCASO PORCENTAJE DE MANTOUX REALIZADOS, PÉRDIDA DE CONTINUIDAD EN EL ESTUDIO DE LA INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA (ILT), INCORRECTA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ESPUTOS, Y ESCASA IMPLEMENTACIÓN DE TDO EN EL TRATAMIENTO DE LA ILT (59 puntos). Este punto, quizá es el más votado porque en el Programa de Tuberculosis es al que todos los profesionales en las prisiones dedican más esfuerzo y trabajo, y por lo tanto más conciencia crea de calidad asistencial. Desde el punto de vista de los enfermeros no se realizan todos los mantoux necesarios por múltiples causas, como puedan ser, desde la pérdida del paciente, hasta la no realización de radiografías de tórax (a su vez consecuencia también de múltiples factores). También en este Programa consideran los DUE que la recogida de esputos no se realiza en las condiciones necesarias, y que una vez prescrito el tratamiento de la infección latente tuberculosa, ese no se realiza en terapia directamente observada en suficiente número de pacientes.

- B. EXCESIVA DEMORA ENTRE INGRESO Y PRIMERA CONSULTA PROGRAMADA (50 puntos). Pasa demasiado tiempo desde que un paciente ingresa, hasta que los enfermeros pueden realizar la primera consulta programada, debido a la carga asistencial, los equipos reducidos, la mala organización, etc.

- C. CONSECUENCIAS REGIMENTALES PERJUDICIALES PARA EL PACIENTE POR SU INCLUSIÓN EN DETERMINADOS PROGRAMAS DE DROGAS (44 puntos). Hay ocasiones en que algunos pacientes no se incluyen en programas de drogas porque les puede suponer un perjuicio regimental, como por ejemplo tener más dificultades para obtener un permiso por tener la variable de drogadicción.

- D. INCORRECTO CONTROL EN DETERMINADAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA: ESTERILIZACIÓN, REPARTO DE TRATAMIENTOS EN HORARIOS ACORDES A SU FARMACOCINÉTICA (44 puntos). Se realizan en algunas ocasiones incorrectamente algunas técnicas de enfermería o su control, principalmente por la variabilidad que existe en la práctica de enfermería, el rol equivocado, falta de formación..., etc. Destacan las técnicas de esterilización y los repartos de medicación (en ocasiones se reparten las tres tomas de un fármaco en un lapso de tiempo menor de doce horas).

- E. MALOS REGISTROS DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS (P.E. PÉRDIDAS EN VACUNACIONES) CON ESCASA IMPLEMENTACIÓN DE INFORMÁTICA EN PROCESOS ASISTENCIALES (34 puntos). En algunas prisiones no existe una cultura de registro del trabajo de enfermería en las historias clínicas, con lo que esto supone no sólo de la falta de constancia de las actividades realizadas, sino que conlleva repetición de pruebas y perjuicios para el paciente.

- F. DEFICIENTE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y EN SU FILIACIÓN PERSONAL (CONFUSIÓN DE IDENTIDADES) (33 puntos). En la mayor parte de los centros penitenciarios existe una gran movilidad de los pacientes, tanto intrapenitenciaria como extrapenitenciaria, lo que impide un correcto conocimiento físico de estos. A este problema se une la repetición de nombres y apellidos, sobre todo en pacientes de etnia gitana o magrebíes (y en estos últimos su traslado a la lengua española), complicando mucho su identificación. También sucede que el único código de identificación general de los internos de una prisión es el NIS, pero este no consta en muchas historias, ni lo tienen incluido todos los programas informáticos de una prisión. Este problema en el caso de medicaciones como los psicotrópicos o la metadona, ha dado y puede dar lugar a que existan confusiones de identidades que o pongan en pe-



ligo la vida de un paciente, o permitan que internos logren medicación para su posterior tráfico ilegal.

- G. PÉRDIDA DE CONSULTAS INTERNAS Y DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE ENFERMERÍA POR DINÁMICA REGIMENTAL (28 puntos). Por los especiales horarios de los centros penitenciarios, y la poca coordinación de estos con el resto de actividades, se pierden muchas consultas y/o realización de técnicas. Por ejemplo, un paciente no va a realizarse una radiografía porque ese día es el que puede cobrar, y si no cobra ese día no recibe dinero durante toda la semana.
- H. NECESIDAD DE MEJORAR TÉCNICAS Y ABORDAJES EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA (Adherencia a los tratamientos y técnicas de trabajo en grupo) (29 puntos). Se considera necesario una mejora en las técnicas de enfermería, sobre todo en técnicas de comunicación, trabajo en grupo y metodología de entrevista (escuchar al paciente, informarle, negociar con él, control de situaciones difíciles y técnicas globales de comunicación) que pueda mejorar la consulta de enfermería y ayudar en aspectos tan importantes como la adherencia a tratamientos crónicos y en especial al tratamiento antirretroviral.
- I. PÉRDIDAS DE CONSULTAS EXTERNAS POR FALTA DE TRASLADOS Y AUSENCIA DE CONTROL EN LAS EXISTENTES (NO SE GESTIONA LA DEMANDA NI LISTA DE ESPERAS) (21 puntos). Existe una importante descoordinación entre el escalón sanitario intrapenitenciario (atención primaria) y el extrapenitenciario (atención especializada y hospitalaria), lo que conlleva una falta de control de los mecanismos que las interrelacionan, como las listas de espera, ni la demanda de este tipo de asistencia. A esto se añade que un gran número de consultas externas se pierden por no ser trasladados a los hospitales de referencia.
- J. PROGRAMA DE METADONA SIN ADECUADO DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DE ENFERMERÍA Y DEL CONTROL DE SU REPARTO (21 puntos). Este programa, que es uno de los más importantes en los centros por el número de pacientes incluidos (entre un 15 y un 40% de internos en un centro penitenciario) se realiza sin el conveniente desarrollo de los aspectos de enfermería y sin la implicación de los ATS/DUE en él, a excepción del reparto para el cual tampoco existen las medidas adecuadas para un correcto control.

## DISCUSIÓN

El objetivo del informe CAPRI ha sido contribuir a la mejora de la asistencia sanitaria en las prisiones, y servir para que, en el cercano comienzo del proceso de integración de la sanidad penitenciaria en los Sistemas de Salud Autonómicos, se tomen las medidas administrativas necesarias que ayuden a paliar muchos de los problemas detectados.

La elaboración y puntuación de los PCOM que se realizó por el grupo de ATS/DUE, puede que no sirva de ejemplo para todos los centros penitenciarios, pues en la reunión quedó claramente en evidencia que los problemas son dispares en cada tipo de centro, dependiendo de muchos factores, como puede ser la existencia de atención continuada, el número de componentes de los equipos, la existencia de supervisor de enfermería, el tipo de centro (antiguo o moderno) e incluso el grado de "burnout", o simplemente hastío profesional que el medio y sus inconvenientes ha llevado a los profesionales. Por tanto, los puntos más votados son los que más se reproducen en casi todos los centros, pero se dio la circunstancia de algún punto que fue votado con la máxima puntuación por algún DUE, y por la mínima por otros, con lo que un PCOM fundamental para un determinado centro queda diluido por su poca importancia para el resto.

El objetivo último que perseguimos todos los profesionales que hemos participado en el Programa CAPRI es "ofrecer en las prisiones españolas el mismo nivel de calidad asistencial que el que ofrece el Sistema Nacional de Salud", detectando los problemas de calidad u oportunidad de mejora que afectan a la estructura sanitaria y a los procesos, problemas que disminuyen la calidad por deficiencias o ausencias en los medios materiales y por deficiencias en el ejercicio profesional en como se hace medicina.

Pero una vez detectados esos Problemas de Calidad, inmediatamente se tiene que pensar en soluciones que inicien un ciclo de mejora y que redunden en una mayor Calidad Asistencial.

Pero si algo ha quedado claro en el proceso de elaboración de este Programa, ha sido la gran variabilidad que existe entre las distintas prisiones españolas respecto a la atención sanitaria. Variabilidad que no sólo depende de la Administración responsable (Central o Autonómica) sino del tipo de Centro (Preventivos o Penados), número de internos (habitualmente asociado cuando es alto a atención continuada) etc.

Por consiguiente, las conclusiones de este informe a un nivel global son parciales e incompletas, y sólo desde cada Centro se podrán buscar unas conclusiones más específicas.

Para ello sería interesante, en primer lugar, realizar una selección de los PCOM, que consideren los profesionales de cada unidad asistencial que más afectan a la calidad de su trabajo y posteriormente con la misma metodología, analizar cada problema, encontrando las causas y planteando posibles soluciones. Este documento tiene también el objetivo de invitar a todos los equipos sanitarios de las prisiones para que intenten llevar a cabo un particular CAPRI que consiga en el mayor grado posible una mejor y más eficiente atención sanitaria.

Este estudio ha intentado encontrar unas soluciones que a nivel general puedan mejorar la calidad asistencial de todas las prisiones, soluciones, por así decir, muy globales.

Estas soluciones requieren un esfuerzo por parte de los profesionales y por parte de la administración:

#### 1. Los profesionales deben realizar un esfuerzo para:

- Trabajo en equipo, reduciendo el ejercicio profesional aislado y mejorar la colaboración con otros colectivos.
- Disminuir variabilidad en la realización de su ejercicio profesional.
- Realización y seguimiento de protocolos clínicos.
- Formarse adecuadamente sobre nuevas enfermedades.
- Realizar el trabajo de una forma continuada, sin picos ni oscilaciones.

#### 2. La Administración debe intentar:

- Realizar una gestión adecuada de personal, minimizando los problemas actuales.
- Dotar la sanidad penitenciaria de los medios y recursos necesarios para una labor asistencial adecuada.
- Facilitar formación e investigación, laguna importante en un colectivo que debe enfrentarse a nuevos problemas para los que no estaba originariamente preparados.
- Facilitar la participación de los profesionales en la gestión y programación, así como coordinar la creación de protocolos que disminuyan la variabilidad entre servicios sanitarios de distintas prisiones.
- Favorecer la coordinación entre las prisiones y los hospitales, disminuyendo la relación por compromiso personal y estableciendo canales y procesos de colaboración e interrelación.

En un análisis inicial se proponen las siguientes soluciones:

#### A) A los Problemas de Calidad en estructura:

1. INTEGRACIÓN EN LOS SISTEMAS AUTÓNOMICOS DE SALUD. Esta medida es la que mayor influencia tiene, y por sí misma es la que ayudaría a corregir un importante número de PCOM estructurales, teniendo influencia también en alguno de los PCOM de procesos. Somos conscientes de que los Sistemas de salud también tienen su problemática, pero pensamos que la integración entre otras cosas conseguiría:

- Soslayar la independencia sanitaria.
- Facilitará la remotivación del profesional al cambiar su dependencia administrativa y mejorar sus condiciones profesionales y laborales que actualmente en II.PP. son paupérrimas y que condicionan en gran manera la elevada prevalencia de profesionales quemados.
- Mejorará la coordinación con hospitales y otros servicios sanitarios.
- Permitirá la formación y la investigación.
- Ayudará a la implementación de protocolos.

2. GESTIÓN ADECUADA MEDIOS HUMANOS/LABORALES.

- Mejorará los déficits de profesionales con relaciones de puestos de trabajo más acordes con las necesidades y mayor dotación de personal auxiliar.
- Mejorará la carga asistencial en las guardias, por lo menos en el número de horas.
- Mejorará la coordinación intra penitenciaria

3. DOTAR ADECUADAMENTE DE MEDIOS MATERIALES.

- Corregirá déficit diagnósticos/terapéuticos.
- Mejorará las instalaciones sanitarias.

4. CONVENCIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE QUE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LAS PRISIONES DEBE ESTAR IGUAL DOTADA QUE LA EXTRAPENITENCIARIA.

Se debe llegar al convencimiento de que el preso es un ciudadano con los mismos derechos en materia de sanidad cuando está preso que cuando no lo está, por lo que la atención sanitaria de las prisiones debe estar dotada y responder a los mismos criterios de calidad que la extrapenitenciaria.

#### B) A los Problemas de Calidad en procesos:

1. REEVALUAR LA RELACIÓN MÉDICO/SERVICIOS DE SALUD. Asumiendo los médi-

cos el seguir protocolos y comprometerse con la calidad, asumiendo las nuevas competencias que las características de sus pacientes impongan, formándose adecuadamente para ello y las administraciones deben contar con el colectivo para definir objetivos y criterios realistas, permitiendo y facilitando la formación de los profesionales.

2. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS. Mediante la creación de centros de salud penitenciarios integrados en las redes sanitarias públicas, en los que las autoridades sanitarias fijasen los objetivos, dejando a los equipos básicos de salud la corresponsabilidad en materia de organización, gestión de recursos y adecuación de funciones, lo que posibilitaría una mejor utilización tanto del personal existente como de los recursos asignados. De esta manera se podrá disfrutar de los medios necesarios para lograr los fines pactados.
3. MIMAR LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES. Educándoles sobre qué pueden esperar y qué no de la medicina, cuidando que las especiales características de los internados en prisión no afecten a la relación médico-paciente. Esta relación no es fácil, dado que el entorno es prácticamente imposible de cambiar, lo que sí es mejorable es la formación del personal sanitario que trabaja en las prisiones para que conozca las dificultades que se dan en las relaciones con los pacientes y la manera de evitar en lo posible estas dificultades. Mejorar en técnicas de psicoterapia para sujetos con trastornos de la personalidad y/o para manejar pacientes en situaciones de estrés, fomentar la conciencia entre el personal sanitario de que se anteponga la condición de enfermos de los reclusos a la de delincuentes. Disminuir la movilidad de los internos, manteniendo una mayor estabilidad en el lugar de cumplimiento de su condena también mejorará esta relación.
4. PRIMAR COMO FIN ÚLTIMO DEL PROFESIONAL SANITARIO LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE, SEA CUAL SEA LA CONDICIÓN DE ÉSTE.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el patrocinio del laboratorio GlaxoSmithKline (GSK) y su ayuda a la empresa Scientific Communication Management (SCM), sin cuya colaboración este trabajo hubiera sido imposible.

A la Direcció General de Serveis Penitenciaris y de Rehabilitació, que desde su puesto institucional ha apoyado al programa y ha facilitado su realización.

A doña Ana Pastor que desde su anterior cargo de Subsecretaria del Ministerio de Interior, fue la única interesada por el proyecto.

A la Junta Directiva de la S.E.S.P. que ha apoyado el programa y ayudado en su elaboración.

Al Dr. Bedia y Dra. Llorente que han realizado trabajos que nos les competían para facilitar el desarrollo de CAPRI.

A todos los compañeros que han participado o que simplemente nos han facilitado con su colaboración la realización de CAPRI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reed J, Lyne M. The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. *British Medical Journal* 1997; 315: 1420-1424.
2. Otero Puime A, Saturno Hernández P J, Marquet Palomer R. Mejora de la calidad en Atención Primaria. En Martín Zurro A, Cano Pérez J F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen I. Madrid Harcourt, 2000: 399-417.
3. Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial en Prisiones. Programa de calidad Asistencial en prisiones. CAPRI. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. GSK. Madrid 2003.
4. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria: Estudio transversal sobre Sanidad Penitenciaria, 22 de junio de 1998. Documento interno.
5. Saturno P, Gascón J, Parra P. Tratado de calidad asistencial en atención primaria (Vol. I, II y III). Madrid: Du pont Pharma SA., 1997.
6. Delbecq AL, Van den Ven AH. La toma de decisiones en grupo en las organizaciones modernas. Técnicas grupales para la planeación. Mexico, Trillas; 1984, p. 23-26.

## CORRESPONDENCIA

R.E.S.P.  
Carretera de Valencia, 38 bis, 2.º izda.  
50410 Cuarte de Huerva (Zaragoza)