

Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España

JR Repullo

Profesor y Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

RESUMEN

El bloqueo en la aplicación de la transferencia de la sanidad penitenciaria a las CCAA, supone un problema sanitario y social, y también indica una gran debilidad institucional y política. El artículo revisa la dinámica de poder entre administraciones y niveles, señalando el carácter subordinado de las agendas sanitarias frente a las políticas y económicas, así como las importantes capacidades de bloqueo del entorno. Sobre esta base se postulan algunas estrategias de mejora de la factibilidad futura de integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, a partir de la conciencia de que se precisa acumular poder e influencia, promover mejoras de servicios que mejoren la atractividad y deseabilidad de la sanidad penitenciaria, y asumir plazos más dilatados para que arraiguen cambios culturales.

Palabras clave: Sistema de Salud; Prisiones; Reforma Sanitaria; Políticas; Sistemas Políticos; Descentralización; España.

HEALTHCARE IN PRISONS: REFLECTIONS ON THE INERTIA OF SYSTEMS AND THE LOW EFFECTIVENESS OF HEALTH POLICIES IN SPAIN.

ABSTRACT

The blockage in implementing transfer of prison health care to regional governments is a problematic social and health care issue, and also brings to light major institutional and political weaknesses. This article considers the power dynamics between administrations and levels, highlighting the subordinate nature of the health care agendas with regard to political and economic ones, as well as the sizeable capacity for blockage created by the environment itself. Within this context, some strategies are proposed to improve the future feasibility of the integration of prison health into the National Health System, based on the awareness of the need to accumulate power and influence, promote service improvements to increase the attractiveness and desirability of prison health, and the acceptance of more extended time scales so that cultural changes may take root.

Keywords: Health system; Prisons; Health care reforms; Policy; Political Systems; Decentralization; Spain.

Texto recibido: 25/06/2014

Texto aceptado: 7/07/2014

INTRODUCCIÓN

La salud es un bien que debe ser protegido de forma amplia y global; el objetivo de universalización que persigue la Organización Mundial de la Salud incide en la insuficiencia y la insolidaridad que hoy mantiene a amplios grupos poblacionales fuera del acceso a servicios de alta efectividad para curar, controlar o paliar enfermedades.¹ Un aspecto silente pero no

menos conspicuo de la insuficiente universalización es la merma de accesibilidad y calidad asistencial para la población reclusa, que se hace particularmente insidiosa en países desarrollados que además han extendido la cobertura asistencial a la práctica totalidad de la población. La “Recomendación de Madrid”² surgida de una reunión de octubre de 2009 con representación de 65 países, euro-OMS, y un amplio elenco de agencias y entidades, hace un llamamiento para “desa-

rollar un programa integral de protección de salud en todas las prisiones”.

Los argumentos son de equidad, pero también de eficiencia en la intervención salubrista y asistencial: en efecto, la población reclusa mantiene una amplia porosidad con la población general con la cual contacta y a la cual regresa de forma periódica y al final de las condenas. Las prisiones son concentradoras de patologías, y por tanto ofrecen una particular oportunidad de intervención para controlar enfermedades y promover la salud entre los segmentos poblacionales con menor capital de salud, menor educación sanitaria y mayor carga de enfermedad y factores de riesgo. Como bien sabemos por nuestra historia, una intervención profesional y sensata en prevención, tratamiento y atención al VIH³ hubiera trazado otra historia muy distinta del sida en España.

El trabajo sanitario en prisiones tiene especificidades y dilemas, pero para una mayoría parece claro que el marco de integración con el resto de los servicios sanitarios ofrece muchas y mejores posibilidades.

Desde la perspectiva ética, parece que lo más conveniente es que los servicios sanitarios en las prisiones no estén bajo la dependencia jerárquica de la dirección de estos establecimientos, ya que existe un conflicto de interés esencial entre las funciones de custodia (y los riesgos de mala praxis en éste ámbito) y las funciones de atender a la salud de los reclusos. Obviamente la relación funcional ha de estructurarse, pero un cortafuegos organizativo parece necesario para mitigar lo que señalaba Hernández: *“los servicios sanitarios de las prisiones dependen del director del centro, por consiguiente, al primar la custodia de los reclusos sobre su asistencia sanitaria, todas las intervenciones de salud están supeditadas al régimen del centro. Como consecuencia de ello, el servicio médico nunca puede ser autónomo”*.⁴

Tampoco cabe la ingenuidad de formular una relación de estilo “clientelar” típica. El médico o la enfermera que atiende reclusos tienen una relación doble de agencia, como la que tiene el médico de atención primaria cuando hace clínica (conciencia de los costes y las implicaciones de salud pública), y cuando sus decisiones certifican eventos con repercusiones en prestaciones (incapacidad temporal, invalidez, etc.). Aunque en este caso, posiblemente la relación de agencia esté más desequilibrada a favor de la función de autoridad (en representación de la sociedad y el interés general); por esto mismo sería particularmente útil tender una línea clara de independencia de la autoridad local de la prisión, y vincularla a organismos de red, tanto de sanidad penitenciaria como del Sistema Nacional de la Salud (SNS). De una buena articulación de esta rela-

ción doble de agencia surgirá una mayor legitimidad y autoridad ante los reclusos, sus familias y la sociedad.

Los profesionales de la sanidad penitenciaria han manifestado su posición en todo este período; un documento de trabajo de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria deja clara y bien documentada su opción por una integración en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA)⁵. También desde la perspectiva profesional, la Organización Médica Colegial (OMC) ha formulado claramente su posición en el documento “Sanidad Penitenciaria: una discriminación para la población asistencial y para los profesionales”.⁶

En lo organizativo, la sanidad penitenciaria ha intentado ir siguiendo las pautas del Sistema Nacional de Salud para facilitar el acoplamiento: su definición como atención primaria en las prisiones, su establecimiento de una “cartera de servicios”⁷; la aproximación inter-institucional a través de las “comisiones de armonización asistencial” y otras iniciativas⁸. Y la argumentación económica que parecería avalar los mejores rendimientos de la integración al ser altamente verosímil la existencia de economías de escala, gama y alcance.

Y como colofón de esta aproximación política, técnica, sanitaria, ética, profesional, organizativa y económica, el marco regulatorio definió con meridiana claridad el horizonte de integración de la sanidad penitenciaria en los servicios de salud de las CCAA; merece la pena reseñar el rotundo párrafo de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003: *“Disposición adicional sexta Transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias. Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud”*.

Añadiendo un plazo riguroso de implementación: *“A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía”*.

Tras este inequívoco mandato del legislativo al ejecutivo, apoyado por una inmensa mayoría de diputados de todos los partidos, estamos en este momento a cerca de 10 años de retraso de este proceso de integración establecido de modo tan solemne.

El objetivo de este trabajo es profundizar en la dinámica política que pueda facilitar la comprensión del bloqueo en el desarrollo de este proceso de trasfor-

mación organizativa, entendiendo que no ha sido el único, sino más bien un exponente más de la dificultad de las autoridades sanitarias para liderar procesos de cambio institucional. Sobre esta comprensión podrá explorarse qué tipo de cambios en la gobernabilidad o la estrategia podrían facilitar el resultado final deseado.

1. LOS DILEMAS ESENCIALES

Debemos partir de algunos dilemas de imposible solución racional. La función asistencial y la de custodia-reinserción forman parte del difícil equilibrio de la sanidad penitenciaria. Por la restricción de movimientos y las características de la población reclusa, conseguir una equivalencia de cuidados exige una discriminación positiva; y esto no es fácil de aceptar por la población general, máxime si la crisis y la debilidad de los valores equitativos llevan a dosificar la solidaridad. Y la propia fragmentación territorial del SNS entra en conflicto con la centralización institucional y funcional del sistema de prisiones.

Los dilemas se abordan buscando equilibrios que minimicen la entropía o desorden; pero siempre generan tensión que acaba siendo soportada por diferentes agentes. Cada modelo tiene ventajas, pero también inconvenientes: lo importante es explorar ambos, y evitar fantasías y mistificaciones. En este sentido cabría decir que la transferencia de la sanidad penitenciaria a los servicios autonómicos de salud no disolvería los problemas, ni supondría una arcadia feliz para los sanitarios o los reclusos; podría ser provechoso siempre que se maximizaran las ventajas y se minimizaran los costes. Un buen caso estudio sería la comparación entre Cataluña y País Vasco (trasferidas) con el resto de CCAA de España.

No obstante, este trabajo no se orienta a los dilemas esenciales, sino a las paradojas del proceso de implementación de las políticas, ya que en España hay una decisión clara, como antes se ha mencionado.

2. LA INERCIA DE LOS PROCESOS DE CAMBIO INSTITUCIONAL

Cuando una persona corre delante de una manada, no es fácil distinguir si la lidera o escapa para librarse de ser arrollado por la estampida. Muchas historias permiten la versión épica y la pragmática, incluida la propia transición española a la democracia. Pero como los humanos necesitamos mitos, especialmente los fundacionales, tendemos a reconstruir

procesos complejos y sucios en dinámicas lineales y resplandecientes. Lo malo del comfortable autoengaño es que nos deja inermes ante los siguientes retos evolutivos de la sociedad, ya que nos impide aprender de la experiencia y perfeccionar la gobernabilidad y gestión de los complejos sistemas políticos, económicos y sociales.

La propia Ley 14/1986 General de Sanidad (LEGSA) forma parte del mito creacionista del Sistema Nacional de la Salud; sin embargo la sanidad pública española siguió una senda evolutiva e incrementalista respecto a lo que el Instituto Nacional de Previsión había desarrollado desde los años 50 del siglo pasado.⁹

Un ejemplo: la financiación sanitaria pasó en 1999 a provenir completamente por impuestos, abandonando las contribuciones de Seguridad Social; podría atribuirse al cambio de modelo dictado por la LEGSA; pero también cabría dudar del carácter primariamente sanitario de la medida, ya que el rediseño del sistema de Seguridad Social pasó por retener las prestaciones en dinero de carácter contributivo, deshaciéndose de las prestaciones en especie o ayudas no contributivas (sanidad y servicios sociales).

La descentralización sanitaria es otro ejemplo: las transferencias de la sanidad a las CCAA fue parte de un diseño de la Constitución Española para dotar a un nuevo nivel institucional de un conjunto de cometidos y responsabilidades; este vigoroso proceso de descentralización puede narrarse desde la convicción política, o desde la conveniencia de centrifugar prestaciones y servicios tradicionalmente inflacionarios y deficitarios que para las autoridades económicas centrales siempre habían constituido una pesadilla presupuestaria y fiscal.

Cabría formular un principio de inercia en los procesos de cambio institucional: todos necesitan una energía política inicial que catalice las resistencias al cambio que produce en el statu quo; por eso sólo cuando hay un gradiente substancial de poder y recursos a favor de las transformaciones, estas pueden llevarse a cabo efectivamente. En la nueva economía institucional, esta inercia se explica a través de la llamada “dependencia de senda”, creada por el curso histórico de un sistema o tecnología y que opone una gran resistencia a cualquier transformación.¹⁰

Desde esta perspectiva menos épica, el modelo sanitario español podría describirse como una matriz heredada del sistema de Seguridad Social, que se universalizó en la transición a la democracia (aunque de forma incompleta y segmentada), que se financió por impuestos para encajar en la lógica preferida por las autoridades económicas, y que se hizo autonómico por la lógica política de la transición.

3. BALANCE DE FUERZAS EN LOS PROCESOS TRANSFERENCIALES

Si analizamos la dinámica política e institucional, la transferencia de recursos y competencias entre niveles institucionales, organizaciones o agencias, es en último término el resultado de la acción vectorial de fuerzas del que los transfiere y del que los recibe; revisemos brevemente ambas perspectivas.

a) La perspectiva del que traspasa competencias y recursos

Parece que el nivel gubernamental emisor debe tener una auténtica y firme voluntad y necesidad de desprenderse de los centros, servicios y competencias, como base para que pueda avanzar el proceso venciendo a la inercia institucional.

Pero ningún nivel es homogéneo; hay autoridades políticas (generales), económicas (economía y hacienda) y de personal (función pública) que dominan claramente sobre las agendas específicas de los demás Ministerios y Consejerías (las administraciones sectoriales).

En el caso de la sanidad penitenciaria parece claro que las autoridades políticas no ven mucho problema en transferirlo, y por ello han dado luz verde a diversos marcos normativos que habilitaban la transferencia; habría que indagar cuál ha sido la postura real de las autoridades económicas y de función pública, que podrían no haber sido tan claramente facilitadoras como pueda suponerse.

Pero donde posiblemente hayan existido mayores objeciones ha sido en el nivel sectorial de instituciones penitenciarias, dado que el papel de los dispositivos asistenciales en las prisiones rebasa el rol sanitario y supone un recurso esencial para mantener la funcionalidad de las propias prisiones. La limitación en los recursos (absolutos o relativos por incremento de la población reclusa) jugará en contra de cualquier facilitación del proceso, y hará que las autoridades sectoriales penitenciarias activen el bloqueo institucional de forma silente pero eficaz.

b) La perspectiva del que recibe las nuevas competencias y recursos

Pero también se precisa que el nivel institucional receptor acepte de manera muy positiva (o cuando menos sin grandes reparos) el proceso de traspaso; posiblemente las fortalezas o debilidades del emisor puedan compensarse si el receptor añade energía y determinación.

En el caso de las competencias de la sanidad, había una desesperada necesidad de recibir las transferencias del INSALUD por parte de los gobiernos autonómicos en busca de mayor legitimidad; particularmente desde 1991 en que quedaron rezagadas las diez comunidades “de vía lenta” (con el 40% de la población); éstas tuvieron aún que esperar 10 años más para completar su calendario y pasar a ser de “primera división” (como las 7 que ya tenían competencias).

Esta transferencia sanitaria permitía además aumentar un 70% sus presupuestos (y su base para comprometer operaciones financieras para éste y otros propósitos). Además, la transferencia de decenas de millares de empleados públicos nutría de cometidos a cuerpos y escalas de función pública. Los tres grandes agentes institucionales ganaban (política general, economía-hacienda, función pública). Y por ello, aunque la Ley 21/2001 (financiación autonómica) y las negociaciones de traspasos dejaron mucho que desear desde la perspectiva sanitaria, se llevaron a cabo con insólita diligencia y ejecutividad.

Es por lo tanto esencial saber cómo se visualiza la transferencia desde la perspectiva del que recibe los servicios: ¿dominan las ventajas políticas, económicas o laborales?; o ¿prevalecen las cargas, problemas o costes?

En el caso de la sanidad penitenciaria parece que hablamos de la segunda parte de la ecuación; ninguno de los agentes dominantes lo visualiza como de gran interés. ¿Y la administración sanitaria autonómica? ...

Existe un caso un tanto divergente, como fue el de Cataluña, que podría ser un buen contrapunto para reforzar el argumento; allí sí tuvo lugar la transferencia de la administración penitenciaria en tiempos remotos (RD 3482/83); se podría postular como hipótesis que la deseabilidad de esta transferencia por los políticos catalanes obtenía su energía de una ideología identitaria nacionalista que visualizaba como avance positivo cualquier retirada del gobierno de España de una parcela competencial (por escasamente atractiva que fuera en términos de cargas, problemas y costes).

El mismo proceso, acotado a la sanidad penitenciaria sucedió en 2011 en el País Vasco con la transferencia a Osakidetza¹¹, debiendo anotarse la enorme sensibilidad y conflictividad política y social ante el tema de presos en el País Vasco como posible motor del deseo de asumir funciones por la administración autonómica.

En todo caso, reiteramos el interés de ambas experiencias a efectos de evaluar el impacto real de la integración de servicios en los resultados relevantes para todos los actores (y en particular para la salud de la población reclusa).

4. LA DINÁMICA DE DECISIÓN: PROBLEMAS, SOLUCIONES, AGENTES Y TIEMPOS

En el análisis de políticas, la escuela de Estados Unidos suele utilizar el “*garbage can model*”¹², donde en una papelera se van juntando problemas, soluciones, y participantes (en la decisión), para crear oportunidades de acción; pero también, al cabo del tiempo, vienen a recoger la basura y se llevan todo. Entonces se reinicia el ciclo y hay que volver a esperar que madure otra ventana de decisión.

Nuestras reglas institucionales marcan calendarios electorales de las administraciones central y autonómica desacoplados habitualmente en un año; algunas CCAA que tienen autonomía para convocar elecciones y suelen introducir mayor variabilidad. Esta asincronía deja poco intervalo de trabajo técnico entre las promesas electorales y la consolidación de verdaderas agendas gubernamentales operativas. Pero dichas agendas requieren también la armonización de las diferentes perspectivas inherentes a políticas: los sectores de servicios, la función pública, la hacienda y otras entidades afectadas. Junto con los “share-holders” institucionales están los agentes económicos y sociales implicados, y los “stake-holders” afectados que actúan e influyen a través de actividades de lobby más o menos abiertas. Esto afecta a cualquiera de los acuerdos inter-administraciones, y de forma particularmente importante en el caso de los traspasos de los grandes troncos competenciales (sanidad, educación y servicios sociales).

La tesis de Freire¹³ (que muchos compartimos) es que las políticas sanitarias han tenido muy escasa consideración y protagonismo desde la transición a la democracia, incluida la Constitución Española. Muchos de los cambios institucionales (trasferencia a CCAA) caben explicarse por el deseo político o la conveniencia económica de los políticos generalistas o las autoridades económicas. Si esta hipótesis fuera cierta, la fuerza regulatoria real de acuerdos o normas sectoriales sanitarias sería muy baja, salvo que tuviera el aval o interés de las administraciones preponderantes. En todo caso, tendría gran dificultad para vencer resistencias, y cualquier agente afectado podría bloquear fácilmente el avance.

Además de la mencionada dominación de los grandes agentes institucionales (políticos, económicos y de función pública) sobre los ministerios sectoriales, es necesario trazar un mapa de posibles bloqueos más próximos: un palo en una rueda exige poca energía, aunque mucha proximidad.

Como antes se comentaba, si la tecno-estructura directiva de las instituciones penitenciarias vive la

trasferencia de “sus” médicos y enfermeros como una pérdida real y tangible, que no queda compensada por la supuesta mejora del servicio sanitario desde el nuevo esquema (más vale pájaro en mano que ciento volando), entonces generará resistencias que no por soterradas serán menos efectivas.

Y, con frecuencia, los problemas están incluso más cerca de lo que parece. Los propios funcionarios de sanidad penitenciaria pueden albergar ambivalencias profesionales y personales. Porque tras muchos años de vivir como destino feliz la ansiada integración y escape al espacio exterior del Sistema Nacional de Salud, puede que la agorafobia sea tan perturbadora como molesta la claustrofobia. Aquí las perspectivas pueden variar con los años de carrera profesional, y las experiencias previas en el mundo laboral de los médicos y enfermeras. Pero lo relevante es que la posición de los funcionarios sanitarios directamente implicados puede ser muy efectiva, pues su proximidad les brinda mayores oportunidades para crear opinión e influir de forma explícita o tácita en los agentes políticos o institucionales.

5. DE LOS PROBLEMAS A LAS SOLUCIONES

Desde 2010 España sufre los efectos de una gran crisis económica y fiscal; ésta, a la vez que la erosiona de la financiación de servicios públicos (crea nuevos problemas), también tiene el efecto de desperezar a la agenda política, abriendo ventanas de oportunidad para cambios; aunque es verdad que sólo se priorizan aquellos formulados en torno a los objetivos de austeridad. Las autoridades económicas han asumido un papel determinante, y el Real Decreto Ley se ha entronizado como modelo dominante de regulación exprés; ¿ha servido este nuevo escenario para crear oportunidades de realizar reformas estructurales largamente aplazados en el SNS? Parece que no.¹⁴ Los tiempos de crisis merman la posibilidad de cambios que no tengan base financiera y fiscal muy sólida. La austeridad además ha irritado a todos, y ha disuelto el capital de confianza necesario para hacer transacciones inteligentes y de medio plazo. Y la regulación apresurada, con baja calidad de manufactura, ha complicado la jungla legal, produciendo una desregulación fáctica y una creciente inseguridad jurídica.

En todo caso, desde la perspectiva de la sanidad penitenciaria sigue siendo urgente transitar desde los problemas a las soluciones. Ya conocemos la insoponible levedad de la política formal, de las declaraciones huecas, de las normas incumplidas; también hemos aprendido que los cambios institucionales son lentos

y exigen pericia y talento. Se suele decir que la cultura se zampa una política para almorzar y una estrategia para cenar. Actuar sobre valores y visiones se torna inevitable, aunque obliga a consumir más tiempo y dedicarle esfuerzos y energías bien focalizadas.

Pero en el horizonte también emergen con fuerza nuevas temáticas de buen gobierno, de regeneración democrática y de reformismo organizativo. Esto permite impugnar el dominio de las instituciones por la lógica escondida de las autoridades económicas y los agentes externos. Y también nos aporta nuevos instrumentos para mejorar el gobierno y la gestión de las organizaciones públicas. La “Política” (con mayúsculas), y las “Políticas Sectoriales” (también con mayúsculas) pueden tener un renovado vigor y capacidad de influir.

Por ello, se trataría de diseñar desde la inteligencia y la tenacidad una estrategia que condujera al objetivo deseable y deseado. Que mejorara la factibilidad; por ejemplo, mejorando el servicio, haciéndolo política y económicamente más integrable (por las CCAA), dando garantías a las autoridades penitenciarias de que no se van a erosionar las prestaciones médico-administrativas y regimentales de carácter local, financiando dispositivos y recursos sanitarios que hagan operativa la complementariedad con los servicios de salud de las CCAA; y construyendo alianzas con agentes sociales y políticos para consolidar una nueva cultura favorable a que el Sistema Nacional de Salud no se quede a la puerta de las prisiones. En otras palabras: reivindicar un concepto de “ciudadanía sanitaria” universal e inclusivo, que acoja a la población penitenciaria y evite la segmentación y fragmentación del sistema de cuidados.

CONCLUSIONES

Se ha caracterizado una situación compleja, donde el avance en los cambios institucionales proclamados choca con dilemas y resistencias importantes; por ello se plantea a modo de conclusión algunas líneas de trabajo que tienen en consideración el escaso poder que acumulan las administraciones sanitarias, y las debilidades de la agenda política de la transferencia de la sanidad penitenciaria. Se trata de buscar oportunidades en el medio plazo: así se proponen, a modo de conclusión y para fomentar el debate, las siete siguientes estrategias para crear las condiciones de un cambio real y efectivo en el marco institucional.

1. Mejorar la situación actual de la sanidad penitenciaria y diferenciarla en lo posible de la adminis-

tración penitenciaria: en tiempos de crisis no se va a aceptar un servicio erosionado, conflictivo, amalgamado o sin planos de clivaje organizativos claros.

2. Forzar la deseabilidad económica de los reclusos para las administraciones autonómicas: por ejemplo, que el *per cápita* que hoy recibe la CCAA de residencia del recluso, se reasigne al sistema penitenciario para que vuelva al servicio de salud en función del servicio sanitario que preste; a esta penalización cabe añadir una financiación incremental para conseguir la equivalencia de cuidados y reforzar la acción preventiva y restauradora.
3. Desbloquear las retenciones de las autoridades penitenciarias. Diferenciación de las funciones más especializadas de tipo médico administrativo de las funciones clínicas: garantizar a las autoridades de las prisiones que las primeras son cubiertas de forma eficaz por personal funcionario sanitario específico, con dotación suficiente como para que pueda ejercerse y combinarse con actividades asistenciales en los Servicios de Salud de las CCAA; y hacerlo con el talento y la inteligencia gestora necesaria para evitar la deserción y desertización de la sanidad penitenciaria.
4. Catalizar el interés de las CCAA a través de inversiones que permitan continuar y consolidar la adaptación de hospitales y servicios de referencia para recibir reclusos. Se trata no sólo de facilitar dinero, sino asesoría experta en aspectos de seguridad y manejo de pacientes.
5. Crear o consolidar los sistemas de coordinación operativa actuales; una subvención finalista a las CCAA que acepten organizar y mantener una oficina consorciada para la coordinación de atención sanitaria para detenidos y reclusos puede ayudar a estabilizar una necesidad organizativa de carácter permanente.
6. Buscar coaliciones sociales que favorezcan el cambio.
7. Articular alianzas entre partidos para adoptar calendarios de acciones de mejora en una hoja de ruta que evite el optimismo declarativo de los cortos plazos (18 meses), y que se centre en cumplir medidas que objetivamente ya suponen un avance con efectos positivos en los servicios, a la vez que preparan los cambios institucionales por todos deseados.

Contra la debilidad institucional de las administraciones sanitarias sólo cabe utilizar más inteligencia, alianzas más amplias, liderazgos más obstinados y *resilientes*, y tiempos más dilatados para hacer efectivas

estas estrategias en contextos de debilidad de poder y recursos. En todo caso, es conveniente saber que un buen “Plan B” (mejora de la sanidad penitenciaria), en este caso puede abrir la senda para el “Plan A” de su transferencia e integración.

CORRESPONDENCIA

José R. Repullo
jrepullo@isciii.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Report: Research for universal health coverage: World health report 2013 [Internet]. Geneva: WHO;2013 [cited 27 mar 2014]. Available from: <http://www.who.int/whr/2013/report/en>
2. La Recomendación de Madrid: La protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública. Rev Esp Sanid Penit [Internet].2010 [citado 22 mar 2014];12: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/viewFile/38/100>
3. Nota sobre políticas. Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones [Internet]. Viena: UNODC; 2013 [citado 15 abr 2014]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf
4. Hernández J. Sanidad Penitenciaria: una asignatura pendiente. Mimeo [Internet]. 2005 [citado 10 Abr 2014]. Disponible en: <http://gtt-vih.org/book/print/1193>
5. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. Barcelona: SESP; c1990-2014 [citado 29 mayo 2014]. Documento de trabajo de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en <http://www.sesp.es/sesp/R20/portada/inicio>
6. Documento OMC: Sanidad Penitenciaria: una discriminación para la población asistencial y para los profesionales. Mimeo [Internet]. 2002. [citado 10 Abr 2014]. Disponible en: <http://corporativo.congresosesp.es/sesp/J75/descargas/Uno/Id/I74/docOmc02.pdf>
7. Cartera de Servicios de la Sanidad Penitenciaria. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2010 [citado 28 Abr 2014]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/CARTERA_DE_SERVICIOS_Sanidad.pdf
8. Arroyo-Cobo JM. Integración de la sanidad penitenciaria: un reto decididamente asumido por algunos. Cartas al Director. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2011. [citado 22 mar 2014]; 13(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000200007
9. Repullo JR. La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas. En: Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias; 2012.
10. Martín Martín JJ. Nueva Economía Institucional y estudio del comportamiento de organizaciones y agentes [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012. [citado 20 mar 2014]. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500571&dsID=n2.7_Nueva_econom__a_Institucional.pdf
11. España. Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 30 de junio de 2011, núm. 155, p. 69584. [citado 25 abr 2014] Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/sanidad_penitenciaria/es_sanidad/adjuntos/1.2.BOE-transferencias.pdf
12. Cohen D, March JG, Olsen JP. A Garbage Can Model of Organizational Choice; Administrative Science Quarterly. 1972; 17(1): 1-25.
13. El Sistema Sanitario Público: Perspectivas de Futuro. En Fernández García T, Marín Sánchez M. Estado de Bienestar y Socialdemocracia. Ideas para el debate. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
14. Repullo JR. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. Gac. Sanit. 2014; 28(S1): 62-8.