

EDITORIAL

El modelo del Institut Català de la Salut para la Sanidad Penitenciaria

En octubre de 2014, como consecuencia de la puesta en práctica del Decreto de la Presidencia de la Generalitat de Cataluña 399/2006 de 24 de Octubre y la Orden del Departamento de Justicia JUS/290/2014 de 29 de septiembre, el Departament de Salut de la Generalitat de Cataluña se hace cargo de la asistencia sanitaria de todas las personas privadas de libertad y/o con medidas privativas de la misma de cualquier tipo a través del Institut Català de la Salut (ICS).

El Institut Català de la Salut es el proveedor sanitario más grande de Cataluña, ya que gestiona 8 Hospitales y más de 280 Equipos de Atención Primaria. Cuenta con casi 39.000 profesionales y proporciona atención sanitaria especializada y primaria a más de 6 millones ciudadanos/as.

El modelo que el ICS ha desplegado para la Sanidad Penitenciaria ha sido el común que ha desarrollado para el resto de su Atención Primaria.

Se ha hecho a través de la constitución, en cada Centro Penitenciario, de un Equipo de Atención Primaria similar al resto de sus homónimos no penitenciarios con las adecuadas adaptaciones específicas que éstos últimos no tienen (fundamentalmente la gestión de farmacia, el ámbito de atención con «hospitalización» en las Enfermerías, el concurso de Especialistas en el interior de los centros —psiquiatría, odontología, traumatología, etc.— y las obligaciones propias que el Equipo Sanitario tiene con la Institución Penitenciaria y Judicial).

Los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) son iguales en su estructura al resto (tienen una dirección de Equipo al frente y un/a Adjunto/a a la Dirección) pero no del todo en su composición (tienen médicos/as de Atención Primaria, enfermeros/as y auxiliares de clínica, pero no personal administrativo, el cual continúa dependiendo del Departamento de Justicia, aunque funcionalmente está asignado al Equipo de Salud).

En definitiva, los EAPP son Equipos con un número elevado de profesionales en relación a ratios de población asignada debido a la necesidad de prestar asistencia sanitaria las 24 horas de día los 365 días al año y la especificidad de la gestión de la dispensación farmacéutica. Me gusta señalar que los EAPP son

una estructura asistencial híbrida entre un Equipo de Atención Primaria, un hospital de baja complejidad, un dispositivo socio sanitario y un recurso de Salud Mental y ello dentro de una organización con un objetivo de reinserción social de primer orden (el Centro Penitenciario) con el cual debemos colaborar dentro de nuestras responsabilidades clínicas.

Los EAPP se han asignado estructural y organizativamente a las estructuras territoriales correspondientes geográficamente del ICS, llamadas Gerencias Territoriales, aunque existe en el Centro Corporativo del ICS el denominado Programa de Salud Penitenciaria en donde se llevan a cabo gestiones corporativas transversales para todos los EAPP, siempre en coordinación con las Gerencias Territoriales correspondientes. Este Programa de Salud está estructuralmente adherido a la Dirección Asistencial de Atención Primaria del ICS.

Dentro de las Gerencias Territoriales, los EAPP se agrupan, junto el resto de los no penitenciarios, dentro del llamado Servicio de Atención Primaria (SAP) que le corresponda geográficamente, siendo la dirección del mismo su superior jerárquico inmediato.

Prácticamente todas las gestiones de coordinación clínica, formativa y administrativa (RRHH, Compras, etc.) se hacen a través de la Gerencia Territorial correspondiente por medio de su SAP.

De hecho, como el resto de los Equipos de Atención Primaria, los EAPP, suscriben anualmente un «acuerdo», llamado Contrato de Gestión, por el cual se pacta entre la Gerencia Territorial y el EAPP aspectos de producción asistencial, de desarrollo profesional, de calidad y económicos, del cual se debe dar cuenta, a final de año, de sus resultados y que, además, tiene efecto en los emolumentos variables de sus profesionales (productividad variable).

REVISIÓN CRÍTICA DEL MODELO

Como todos los modelos, éste, tiene puntos muy positivos y otros que no lo son tanto. La descripción de los mismos es a título personal y seguramente otras personas podrían enriquecerlos con otros en ambos sentidos e incluso diferir sobre la cualificación de los mismos.

A mi entender los puntos más positivos del modelo se derivan, fundamentalmente, de la pertenencia y participación en una organización sanitaria específica, en este caso el Institut Català de la Salut. Este hecho es clave ya que esta situación permite acceder a elementos estratégicos, organizativos, de gestión, de formación, de docencia y de investigación que en otras circunstancias no es posible llevar a cabo.

El marco general positivo lo podemos concretar, entre otros, en los siguientes aspectos:

- Equipo de profesionales dentro de una red con objetivos, metas y misiones similares y cercanos, donde se comparten aspectos de identidad, organizativos, de gestión de recursos económicos y de personas y de formación e investigación.

- Existencia de un «Contrato de Gestión» propio que establece el marco relacional y concreta los resultados a obtener de producción, calidad y de gestión económica de la actividad del Equipo, similares al resto de los equipos que le rodean, pero adaptadas a sus propias características y con consecuencias sobre las percepciones económicas variables de los profesionales.

- La participación en la estructura del ICS permite más posibilidades de formación específica, de investigación y de desarrollo profesional al aprovechar la oferta de la citada estructura, tanto a nivel Territorial —o próximo— como el Corporativo.

- Se abren oportunidades para los profesionales al poder moverse, por medio de un sistema general de provisión de puestos de trabajo, a través de toda la organización (bolsa de trabajo, evaluación profesional, concursos de provisión, comisión de servicios, etc.).

- Al aplicarse las normas generales de gestión de recursos humanos, los profesionales tienen nuevas ventajas profesionales que antes no tenían, como la carrera profesional o el sistema de incentivación al desempeño grupal e individual.

- Existen muchas más posibilidades de participación personal tanto en ámbitos profesionales como grupos de trabajo, comisiones clínicas, comités de expertos, etc. como en ámbitos representativos y de participación como las Juntas Clínicas o espacios sindicales. Y todo ello tanto a nivel Territorial como Corporativo.

- Cercanía de los órganos directivos y de soporte tanto para los Equipos Directivos como para el resto de los profesionales.

- Existencia de bolsas de trabajo accesibles y métodos estándares para la gestión transparente y eficaz de ausencias y sustituciones.

- Existencia de marcos generales para el desarrollo de aspectos organizativos y de gestión clínica,

de calidad y seguridad clínica en los Equipos con el soporte territorial correspondiente.

- Soporte cercano para la gestión de la información, del conocimiento clínico, la docencia y la investigación propios o en colaboración externa tanto con otros EAP como con Hospitales.

- Existencia de sistemas de información para la gestión institucional, accesible y adaptable a las necesidades de cada Equipo.

- Historia clínica electrónica de estructura y funcionalidad general común a toda la organización, pero con estructura y acceso específicos según normas estrictas de confidencialidad para nuestros pacientes.

- Soporte institucional sobre aspectos legales de cualquier tipo.

- No dependencia jerárquica de la Dirección del Centro Penitenciario ni realización de tareas no asistenciales en la organización penitenciaria, pero con coordinación funcional con la misma para su buen desempeño general.

Respecto de los aspectos no tan positivos que este modelo conlleva, se puede convenir que se originan en la disociación local de dependencias (ICS, Justicia) de los Equipos, la diversa pertenencia territorial dentro del propio ICS y de las especificidades propias de los EAPP que nos diferencian del resto de los equipos de Atención Primaria del ICS. Quiero entender que estos aspectos siempre son posibles fuentes de oportunidades si se saben identificar y gestionar de forma conveniente.

Lo anterior lo podemos concretar, entre otros, en los siguientes aspectos:

- Posible falta de alineamiento de criterios, procedimientos y objetivos entre el EAPP y la Institución Penitenciaria.

- Posibles diferencias en el desarrollo, la gestión y el desempeño entre los distintos EAPP por su diferente pertenencia Territorial.

- Riesgo de que el EAPP, por su tamaño y especificidad, sea considerado como marginal dentro de su ámbito Territorial.

- Pérdida de cierta autonomía de gestión en beneficio del funcionamiento Territorial, que no siempre es capaz de captar las necesidades específicas de la población atendida ni del propio Equipo Sanitario Penitenciario (farmacia, conocimiento, etc.).

EFFECTO SOBRE LOS PACIENTES

¿Este modelo puede afectar a los pacientes que atienden los Equipos Sanitarios Penitenciarios? La respuesta es afirmativa y, además, lo hace de forma

positiva. El paciente va a seguir recibiendo una atención sanitaria de máxima calidad, pero con el nuevo modelo tendrá (de hecho ya las tiene) las posibilidades asistenciales que el Catsalut genera en toda la población cuya salud es su responsabilidad. En este ámbito hay que señalar los diversos programas de salud comunitaria, la accesibilidad a aquellas nuevas prestaciones y novedades en cartera de servicios que atiende a las necesidades de salud detectadas (entre ellas la Salud Mental), la mejora en la gestión de la información clínica (historia clínica compartida dentro del sistema) y la normalización de la percepción de la asistencia sanitaria intra y extra penitenciaria a través de la confección, generalizada, de la Tarjeta Individual Sanitaria correspondiente. El paciente circula por el sistema asegurando una adecuada continuidad asistencial tanto en la entrada como en la salida del Centro Penitenciario. Este punto, importante en la gestión de pacientes que residen en Cataluña, puede producir alguna dificultad al no ser un sistema compartido con el resto del Estado, con pacientes que vienen y/o regresan a otras Comunidades Autónomas. Ello precisa de un esfuerzo mayor de coordinación exterior, sobre todo con respecto de la información incluida en la historia clínica y la cobertura de las necesidades asistenciales y farmacéuticas en las transiciones de los pacientes.

EL PROCESO DE INTEGRACIÓN

Es justo también hacer un pequeño balance del proceso que los Departamentos de Justicia y de Salud, a través del ICS, llevaron a cabo para realizar la integración de la Salud Penitenciaria en el ICS.

A mi entender fue un proceso exitoso a pesar de sus evidentes dificultades y problemas (laborales, profesionales, de gestión, informáticas, etc.). Para que todo ello fuera así, concurrió que existiera una firme voluntad política, de ambas Consejerías, en la realización de la citada integración, la realización de un proceso de asimilación institucional del cambio en base a la confianza mutua y el trabajo compartido y un trabajo de negociación y participación sindical y profesional en el que prevaleció un trato exquisito a los profesionales teniendo en cuenta sus derechos adquiridos, pero también, los profesionales, haciendo esfuerzos para facilitar el proceso. Las cuestiones económicas de la transferencia también fueron tratadas con lealtad, generosidad y objetividad por todas las partes concernidas, cosa que también allanó no pocas dificultades. Detrás de todo ello hay nombres propios, que sin mencionarlos específicamente, si quiero

hacer resaltar en este momento. Gracias a todos ellos se hizo posible una integración de la Sanidad Penitenciaria en el ICS que creo puede ser modelo, con sus adaptaciones correspondientes, a otras Comunidades en estos momentos en los que vuelven a prodigarse acciones y declaraciones encaminadas a este fin y que no acabamos de cerrar a pesar de los muchos años que tienen las diversas indicaciones legales y normativas estatales y autonómicas en este sentido.

Dr. Joan Fernàndez Nàger

Director del Equipo de Atención Primaria
Penitenciaria Lledoners

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102 de 29 de abril de 1986: 15207-15224. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>.
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128 de 29 de mayo de 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>.
3. Ley 12/1983, de 14 de julio de Administración Institucional de la Sanidad y de la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña. DOGC nº 345 de 15 de julio de 1983: 1756-1758. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=DOGC-f-1983-90041.
4. Decreto 84/1985 de 21 de marzo de Medidas para la Reforma de la Atención Primaria de Salud en Cataluña. DOGC nº 1301 de 6 de junio de 1990: 2546. Disponible en: http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Legislacio/Legislacio%20professional/ICS/DECRET%20129-1990_ReformaAP.pdf.
5. Ley 15/1990 de 9 de julio de Ordenación Sanitaria de Cataluña. Boletín Oficial del Estado nº 197 de 17 de agosto de 1990. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1990/BOE-A-1990-20304-consolidado.pdf>.
6. Ley 8/2007 de 30 de julio del Instituto Catalán de la Salud. Boletín Oficial del Estado nº 197 de 17 de agosto de 2007. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-15544-consoolidado.pdf>.
7. Ley 44/2003 de 21 de marzo de Ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280 de 22 de noviembre de 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>.

8. Decreto 399/2006 de 24 de octubre de Asignación de funciones en materia de salud y sanitarias al Departamento de Salud de personas privadas de libertad. DOGC nº 4749 de 27 de octubre de 2006. Disponible en: http://www.dincat.cat/decret-399-2006_21529.pdf.
9. Orden JUS/290/2014 de 29 de septiembre sobre Asignación efectiva al Departamento de Salud de las funciones en materia de salud y sanitaria al Departamento de Salud. DOGC nº 6718 de 1 de octubre de 2014. Disponible en: http://portaldogc.gencat.cat/utlsEADOP/AppJava/PdfProviderServlet?documentId=671360&type=01&language=es_ES.