

Actividad clínica en la consulta médica a demanda de un Centro Penitenciario frente a la de un Centro de Salud

C Chérrez, R Alás, JR Sanchiz

Centro Penitenciario Pamplona

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir y cuantificar la actividad clínica en las consultas de demanda de un Centro Penitenciario (CP) para valorar las posibles diferencias respecto a un Centro de Salud (CS). Identificar los posibles requerimientos de formación específica ante eventuales traslados de profesionales entre uno y otro medio, resultantes de una supuesta integración de la Sanidad Penitenciaria (SP) en el conjunto del Sistema Público de Salud (SPS).

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal. Se aplica en tres equipos de Atención Primaria (AP): un Centro de Salud Urbano de alta carga asistencial (CSU), un Centro de Salud Rural de baja carga asistencial (CSR) y un CP provincial —no tipo macro cárcel—.

Muestreo aleatorio secuencial que incluye toda la actividad médica generada en la consulta de demanda. Se excluye toda la actividad programada por el profesional sanitario y las consultas administrativas.

Se realiza un intento de reconocimiento de consultas conflictivas para el profesional.

Las comparaciones se realizan mediante el test estadístico de Contraste de Diferencia de Proporciones.

RESULTADOS: En el CP se halla significación estadística (SE) de mayor actividad clínica en las áreas de salud mental, toxicomanías, manejo de infección VIH-VHC y de problemas específicos de AP (integración biopsicosocial prioritaria en su tratamiento).

En ambos CS hay SE de mayor actividad en el conjunto del área de Medicina Interna (MI) y de Geriátrica (G).

En el medio penitenciario hay SE de mayor conflictividad en la consulta.

CONCLUSIONES: En un futuro contexto de integración de derecho de la SP, puede ser necesaria formación en salud mental, particularmente en trastornos adictivos, y en manejo de infección VIH-VHC para ejercer en un CP. Puede ser necesaria formación en el conjunto de Medicina Interna, particularmente en Geriátrica, de médicos de CP para que se trasladen a CS.

La significación obtenida, en la asistencia sanitaria de una prisión, de la AP y de la conflictividad, sugiere un papel más relevante del médico general en un CP que en el conjunto del SPS y puede ser un dato a tener en cuenta en la planificación de la anunciada integración de la SP en el SPS.

Palabras clave: España, Sanidad penitenciaria, Atención Primaria/Estadística y datos numéricos, Formación de Recursos Humanos.

COMPARISONS BETWEEN CLINICAL PRACTICE CONSULTATION IN A PRISON AND IN COMMUNITY HEALTH CENTRES: DIFFERENCES AND REPERCUSSIONS

ABSTRACT

OBJECTIVES: To describe and quantify clinical practice consultancy in a prison health care unit so as to evaluate likely differences from a community Health Care Centre. To identify possible training needs when transferring health care staff from one system to another in the light of probable integration of Prison Health Care into the Public Health System.

METHODS: A transversal descriptive study was used for three Primary Health Care teams: an urban health centre with a high work load, a rural health centre with a low work load, and the health care unit of a provincial prison (not a mega-prison).

Ransom sequential sampling was used to include all the medical activity generated in the consultancy. All activity programmed by the health professional and administrative consultancy was excluded, while efforts were made to locate troubled consultations. Comparisons were made by contrasting differences in proportions.

RESULTS: The Prison Health Care Unit showed higher statistically significant clinical activity in mental health, drug abuse, HIV and HCV infection management and specific Primary Health Care problems (biopsychosocial integration is a therapeutic priority).

In both community Health Centres there is more statistically significant activity in Internal Medicine and Geriatrics.

In the prison environment there is significantly higher troubled consultation.

CONCLUSIONS: In a future context of integration of prison health care services into the Public Health Service, training in mental health care (especially addictive disorders) and in HIV-HCV infection management may be necessary for community health centre professionals wishing to transfer to prison health care units. The prison health care professional who wants to work in a public health centre may need training in Internal Medicine (especially Geriatrics).

The statistically significant results for health care in prison, Primary Health Care and troubled consultation suggest that the GP plays a more active role in prison than in the community health centre. This should also be borne in mind when the intended integration of Prison Health Care into the Public Health Service takes place.

Key Words: Spain, Prison Health Care, Primary Health Care/statistics & numerical data, Human Resources Formation.

Texto recibido: febrero 2006

Texto aceptado: julio 2007

INTRODUCCIÓN

Hemos efectuado una revisión en Internet de trabajos de estructura de la Atención Primaria de la salud (AP) en medio penitenciario y hemos hallado algunas conclusiones coincidentes en trabajos de diferentes nacionalidades:

- Existencia de conflictos entre consecución de objetivos sanitarios y organización de la aplicación de la pena privativa de libertad^{1,2,3,4,5,6,7}.

- Necesidad de coordinación entre profesionales sanitarios y profesionales penitenciarios para aplicación de planes de mejora de calidad^{1-4,6}.

- Los problemas de salud de mayor prevalencia en el medio penitenciario son los trastornos de salud mental —especialmente las toxicomanías— y las enfermedades infecciosas de especial control por Salud Pública^{1-4,6-8}.

Llama la atención el hecho de constatar conclusiones análogas en países¹ con marcadas diferencias raciales, culturales y sociológicas entre sí.

Se puede afirmar que la sanidad penitenciaria española (SPE) posee unos índices de muy alta calidad si se la compara con la de otros países, aun con los de mayor desarrollo.

El trabajo diario del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria (CSFP), independiente del Sistema Público de Salud (SPS), es lo que verifica esta realidad.

El desarrollo de la SPE ha ido cronológicamente parejo a la reforma de la APS española y a la implementación progresiva de los Centros de Salud (CS). La constatación de este hecho, a pesar del aislamiento de la SPE respecto del SPS, ofrece una lectura generosa para los responsables de la planificación de la Sanidad Pública.

A fecha actual, la Administración ha comunicado que el proceso de integración de la SPE en el SPS ha comenzado y que éste será lento debido a la complejidad del mismo.

Posiblemente, el mayor obstáculo viene determinado por la diversidad del receptor de la competencia sanitaria: los múltiples servicios autonómicos públicos de salud (SSA).

Actualmente, hay diferentes modelos en la oferta de atención especializada en unas Comunidades respecto a otras y una de ellas —Cataluña— tiene asumidas las competencias desde hace años, sin que ningún trabajo haya planteado de momento diferencias de equidad en la provisión de recursos sanitarios en alguna Comunidad.

Presentamos este estudio sobre las diferencias de la actividad clínica en la consulta de demanda entre dos CS y un Centro Penitenciario (CP), partiendo de la base de la conocida mayor prevalencia de ciertos problemas de salud en el medio penitenciario. El trabajo está orientado a la generación de hipótesis de necesidades formativas, dentro de los cánones actuales de formación continuada y de mejora continua de la calidad⁹, ante la previsible movilidad de profesionales resultante de una integración de derecho de la SPE en el SPS.

La actividad generada en consultas programadas no está contemplada en nuestro estudio; esta parcela de la actividad diaria, necesaria para la consecución de objetivos mínimos de calidad, suele ser diferente en ambos medios. En los CP, la actividad programada básica está conformada por programas de diagnóstico y tratamiento precoces de TBC así como por programas de reducción de daños y riesgos para toxicómanos, mientras que en los CS habitualmente se ofer-

tan programas de control de patologías metabólicas de riesgo cardiovascular.

Este conjunto de diferencias que esbozamos, no abarcado por nuestro estudio, puede, asimismo, determinar necesidades formativas ante traslados de profesionales.

Finalmente, ante la realidad de que el médico penitenciario ejerce su labor en un medio social de naturaleza conflictiva¹⁰, hemos realizado un intento de conceptualizar y comparar la conflictividad del día a día en la consulta entre ambos medios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las poblaciones sobre las que se ha aplicado el trabajo han sido:

- CP provincial de Martutene en San Sebastián (Guipúzcoa). Consulta de demanda médica diaria en días laborables. El promedio de internos que alberga ronda los 300 y representa un modelo de CP que va siendo sustituido en nuestro país por la macro prisión (prisión tipo). Desde nuestra perspectiva sanitaria, no hay estudios que hayan demostrado, ni que sugieran, que existan cambios cualitativos en la AP entre los diferentes modelos de CP que conviven en el Estado, aunque nos enfrentaríamos a una situación merecedora de estudio específico.

- CS docente de Tafalla en Navarra. Representa un modelo de CS urbano (CSU), con sobrecarga asistencial continua en su consulta médica diaria. Su población presenta altos índices de toxicomanía, análogos a la media comunitaria.

- CS de Isaba en Navarra. Consulta médica de demanda diaria en varios consultorios locales alternantes. Representa un modelo de CS rural (CSR), con poca carga asistencial derivada del despoblamiento progresivo, con una pirámide poblacional envejecida respecto a la de la Comunidad y bajos índices de toxicomanía. Hay una significativa población flotante turística que aumenta la demanda médica.

El tipo de muestreo que hemos utilizado es el aleatorio secuencial.

La unidad básica de muestreo en la recogida de datos fue el acto clínico en respuesta a una demanda solicitada y expresada; por tanto, algunos pacientes proporcionaron varios elementos muestrales en el mismo acto de consulta.

Definimos en la muestra como *criterios de inclusión*:

- La demanda de atención sanitaria es generada por el paciente.
- La atención se realiza en la consulta de medicina general por el facultativo.

- La naturaleza de la demanda expresada es clínica, aun cuando se produzcan actos administrativos resultantes de la misma (por ejemplo, una baja laboral).

Incluíamos el acto en la muestra si cumplía todas las condiciones. Los incluidos se clasificaban en el área clínica correspondiente, definidas siguiendo esta gama de áreas: Medicina Interna (MI). Psiquiatría (PS). Geriátrica (G). Atención Primaria (AP). Otorrinolaringología (ORL). Oftalmología (OF). Dermatología (D). Traumatología (COT). Urología (UR). Ginecología (GI).

Simultáneamente, procedimos a dos clasificaciones sobre el total de incluidos:

- Actos clínicos específicos de la infección por VIH y VHC.

- Actos clínicos definibles como consultas conflictivas.

El intento de conceptualización en la definición de una consulta como conflictiva lo hemos realizado del siguiente modo: demanda de atención médica en la que el paciente busca —de modo evidente— un beneficio secundario en aspectos no médicos, demandando una solución concreta, mientras que el médico no juzga necesaria ni consecuente dicha solución, por lo que no procede a su prescripción; o bien, se produce la prescripción demandada, justificado por el principio deontológico de beneficencia y en el contexto de una ética de máximos¹¹.

Definimos como *criterios de exclusión*:

- Actos clínicos programados o generados por el profesional.
- Actos clínicos que se realizan en otro lugar diferente a la consulta de medicina general.
- Actos clínicos atendidos por otros profesionales sanitarios, sin presencia física del facultativo.
- Actos de naturaleza exclusivamente administrativa.
- Actos clínicos pediátricos.

No incluíamos el acto en la muestra si se producía alguna de estas circunstancias. Los actos de consulta excluidos no los contabilizábamos a ningún efecto en el total.

El comienzo de la recogida de datos fue simultáneo y el proceso ininterrumpido en las tres poblaciones. Aleatoriamente, interrumpimos el estudio al llegar a un número de 400 actos clínicos incluidos en cada una de las muestras.

Las comparaciones se realizan mediante el test estadístico de comparación de proporciones de Chi cuadrado y se establece la significación estadística (SE) en una *p* inferior a 0,05.

Puntualizaciones:

— Dentro de la clasificación de Medicina Interna, hemos incluido a problemas de salud concernientes a Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Infecciosas, Nefrología, Neumología, Oncología, Reumatología, así como demandas de aspectos clínicos en el seguimiento de procesos quirúrgicos.

— A veces se producían actos en los que no era evidente discernir entre naturaleza administrativa o clínica. Los actos que ofrecían dudas se excluían.

— Decidimos considerar administrativo, y excluir por lo tanto, a las solicitudes de informes médicos, debido a que en un CP es una actividad frecuente que puede producir un error sistemático en alguna de las comparaciones.

— Hemos clasificado como área específica de Atención Primaria a los siguientes actos de consulta:

- a) Actos de prevención de la salud demandados por el paciente en la consulta.
- b) Actos cuyo plan de tratamiento necesita de una integración individualizada biopsicosocial¹² como núcleo imprescindible del mismo, estando las medidas biológicas supeditadas a dicha integración. Ejemplos paradigmáticos serían las consultas en las que se interviene sobre múltiples factores de riesgo y patologías de base en su impacto con la realidad de la vida del paciente — habituales en los CS—, así como el manejo de los problemas orgánicos de los internos en su interrelación con las medidas legales que limitan las condiciones de vida en una prisión.

— La clasificación de Geriatria la hemos definido como los actos clínicos específicos del envejecimiento humano y no como los derivados de una edad preestablecida en el paciente.

— Cuando existían dudas entre clasificar como G, AP ó MI, se clasificaba como MI, en un intento de disminuir posibles sesgos de selección.

— Las clasificaciones de VIH-VHC y toxicomanías, dentro de MI y PS respectivamente, las hemos definido como actos clínicos específicos de dichas patologías y no como el hecho de constituir un antecedente clínico en el paciente.

— Las demandas urgentes de consulta que saltan el circuito de la cita previa, las hemos incluido cuando cumplieran todos los criterios de inclusión.

— La demanda en CS de recetas se individualizaba: se consideraba administrativa y se excluía si en ello se limitaba el acto de consulta pero se incluía en el área correspondiente si en el acto se añadía alguna demanda clínica al profesional.

— La demanda odontológica y de la articulación temporo-mandibular la hemos clasificado dentro de ORL.

RESULTADOS

TABLA I Comparación de las consultas realizadas entre el centro de salud urbano y el centro penitenciario.

Se hallan diferencias con significación estadística (SE) en las siguientes áreas:

Motivo consulta	Centro Penitenciario		Centro Salud Urbano		P
	N	%	N	%	
Medicina Interna	89	22.3	161	40.3	0.00005
Psiquiatría	135	33.8	35	8.8	0.00005
Atención Primaria	52	13.0	25	6.3	0.0012
Geriatría	0	00.0	23	5.8	0.00005
Otorrino	43	10.8	41	10.3	NS
Oftalmología	4	1.0	27	6.8	0.00005
Trauma	45	11.3	57	14.3	NS
Urología	1	0.3	5	1.3	NS
Digestivo	29	7.3	18	4.5	NS
Ginecología	2	1.5	8	2.0	NS
Total	400	100,00	400	100,00	-

TABLA I. Comparación de las consultas realizadas entre el centro de salud urbano y el penitenciario.

Motivo consulta	Centro Penitenciario		Centro Salud Rural		P
	N	%	N	%	
Medicina Interna	89	22.3	120	30.0	0.0126
Psiquiatría	135	33.8	40	10.0	0.00005
Atención Primaria	52	13.0	33	8.3	0.0293
Geriatría	0	00.0	39	9.8	0.00005
Otorrino	43	10.8	48	12.0	NS
Oftalmología	4	1.0	14	3.5	0.0202
Trauma	45	11.3	69	17.3	0.0156
Urología	1	0.3	16	4.0	0.0003
Digestivo	29	7.3	15	3.8	0.0317
Ginecología	2	1.5	6	1.5	NS
Total	400	100	400	100	-

TABLA II. Comparación de las consultas realizadas entre el centro de salud rural y el penitenciario.

Motivo consulta	Centro Salud Urbano		Centro Salud Rural		P
	N	%	N	%	
Medicina Interna	161	40.3	120	30.0	0.0024
Psiquiatría	35	8.8	40	10.0	NS
Atención Primaria	25	6.3	33	8.3	NS
Geriatría	23	5.8	39	9.8	0.0357
Otorrino	41	10.3	48	12.0	NS
Oftalmología	27	6.8	14	3.5	0.0393
Trauma	57	14.3	69	17.3	NS
Urología	5	1.3	16	4.0	0.0174
Digestivo	18	4.5	15	3.8	NS
Ginecología	8	2.0	6	1.5	NS
Total	400	100	400	100	-

TABLA III. Comparación de las consultas realizadas entre el centro de salud rural y el urbano.

— Más carga asistencial de problemas de salud mental en el CP.

— Más carga asistencial de problemas específicos de Atención Primaria en el CP.

— Más carga asistencial en el conjunto de problemas de Medicina Interna en el CSU.

— Más carga asistencial de problemas geriátricos en el CSU.

— Más carga asistencial de problemas de oftalmología en el CSU.

TABLA II Comparación de las consultas realizadas entre el centro de salud rural y el centro penitenciario.

Se hallan diferencias con SE en las siguientes áreas:

— Más carga asistencial de problemas de salud mental en el CP.

— Más carga asistencial de problemas específicos de Atención Primaria en el CP.

— Más carga asistencial de problemas de Dermatología en el CP.

Consultas conflictivas	N	%	Correlaciones	p
Centro Penitenciario	43	10.8	Centro Penitenciario/C.S. Urbano	0.00005
C.S. Urbano	6	1.5	Centro Penitenciario/C.S. Rural	0.00005
C.S. Rural	3	0.8	C.S. Urbano/C.S. Rural	No significativa

TABLA IV. Comparación de los resultados de las consultas conflictivas en las tres áreas de muestreo.

Consultas VIH/Medicina Interna	N	%	Correlaciones	p
Centro Penitenciario	89/5	5.8	Centro Penitenciario/C.S. Urbano	0.0475
C.S. Urbano	161/2	1.5	Centro Penitenciario/C.S. Rural	0.0508
C.S. Rural	120/0	0.0	C.S. Urbano/C.S. Rural	No significativa

TABLA V. Comparación de los resultados de la subclasificación VIH/VHC de las consultas de MI en las tres áreas de muestreo.

Consultas Psiquiatría/Toxicomanías	N	%	Correlaciones	p
Centro Penitenciario	135/48	35.6	Centro Penitenciario/C.S. Urbano	0.00005
C.S. Urbano	35/0	0	Centro Penitenciario/C.S. Rural	0.00005
C.S. Rural	40/0	0	C.S. Urbano/C.S. Rural	No significativa

TABLA VI. Comparación de los resultados de la subclasificación de toxicomanía de las consultas de PS en las tres áreas de muestreo.

— Más carga asistencial en el conjunto de problemas de Medicina Interna en el CSR.

— Más carga asistencial de problemas geriátricos en el CSR.

— Más carga asistencial de problemas de Oftalmología en el CSR.

— Más carga asistencial de problemas de Traumatología en el CSR.

— Más carga asistencial de problemas de Urología en el CSR.

TABLA III Comparación de las consultas realizadas entre el centro de salud rural y el urbano.

Se hallan diferencias con SE en las siguientes áreas:

— Más carga asistencial en el conjunto de problemas de Medicina Interna en el CSU.

— Más carga asistencial de problemas de Oftalmología en el CSU.

— Más carga asistencial de problemas de Geriatría en el CSR.

— Más carga asistencial de problemas de Urología en el CSR.

TABLA IV Comparación de las consultas conflictivas entre las tres poblaciones.

Se hallan diferencias con significación estadística en el CP respecto de ambos CS.

TABLA V Comparación de los resultados de la clasificación VIH/VHC de las consultas de MI entre las tres poblaciones.

Se hallan diferencias con SE en el CP respecto del CSR pero no hay SE respecto al CSU.

TABLA VI Comparación de los resultados de la clasificación de toxicomanía de las consultas de PS entre las tres áreas de muestreo.

Se hallan diferencias con significación estadística en el CP respecto de ambos CS.

DISCUSIÓN

El estudio de la materia que planteamos está definido por la difícil cuantificación de las variables y por la existencia de múltiples factores de confusión, por lo que el estudio tiene un valor bajo de validez externa. Hemos realizado la comparación con dos CS de perfil muy diferente, por lo que creemos que el estudio tiene mayor interés.

En la recogida de datos, se producían actos clínicos de difícil clasificación, por lo que establecimos los criterios comunes detallados en "puntualizaciones" para intentar disminuir sesgos de selección.

Existen muchos trabajos que muestran que en el medio penitenciario existe una alta frecuencia de ac-

tividad clínica en el área de salud mental. En nuestro trabajo obtenemos el dato de que la demanda de salud mental es la mayoritaria en el CP, con un porcentaje del 33'75% sobre el total de la demanda clínica consultada.

No hemos encontrado estudios que demuestren diferencias cualitativas en la actividad clínica en el área de salud mental entre un CP y un CS y es posible que exista tal diferenciación en la práctica clínica. Se plantean los siguientes interrogantes: ¿El CFSP maneja, en su práctica diaria, problemas de salud que en los SSA son asumidos en su totalidad por personal especializado en salud mental?, ¿la AP de los SSA está preparada para las necesidades específicas de la AP en una prisión?, ¿debe de tener más competencia en salud mental el médico de AP que ejerza en una prisión que el que lo haga en un CS? Valoremos este dato: en la clasificación CIE-10 de Salud Mental de Atención Primaria no están incluidos los trastornos de personalidad, debido a haber sido consensuado, por los autores de la clasificación, que la AP carece tanto de capacidad de discriminación diagnóstica como de recursos terapéuticos para este conjunto de trastornos. Puede haber respuestas a estas cuestiones con proyectos actualmente en desarrollo¹³.

En un contexto de movilidad de profesionales entre ambos medios, estas posibles diferencias de competencia asistencial en salud mental deberían valorarse en la planificación correspondiente. Podría considerarse carente de discusión la necesidad de formación, para ejercer en un CP, en trastornos por abuso de sustancias psicoactivas.

Otro aspecto de interés a estudiar sería la posible existencia de diferencias de actitud entre los médicos de uno y otro medio¹⁴.

El encarcelamiento puede ser un factor de riesgo para diversos problemas de salud. Las conclusiones que hemos hallado en nuestra revisión (ver introducción), llamativamente análogas en diferentes contextos socioculturales, sugieren que la atención sanitaria en una prisión puede tener unas características específicas y universales. El estudio de esta especificidad ofrece una gran dificultad: la definición del área en sí misma.

La Atención Primaria se desarrolla en España, como una especialidad médica, desde 1978 (con el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria) y a pesar de su relevancia en los foros internacionales de planificación sanitaria, no posee un verdadero reconocimiento ni del conjunto de la profesión médica ni de la sociedad en general¹⁵. Los autores tenemos la óptica de que la integración de los factores psicológicos y sociales con los biológicos es el auténtico y único

patrimonio especializado del médico general¹⁶, siendo ésta la labor en la que más beneficio puede aportar a la sociedad.

Asumimos que es discutible, tanto la naturaleza de los procesos que hemos considerado específicos de la AP, como la exclusión de otras disciplinas en ellos. Para disminuir los posibles sesgos de selección, no clasificábamos los actos clínicos en AP cuando existía cualesquiera tipo de duda (ver método). En nuestro trabajo hemos hallado diferencias —con significación estadística— en la labor específica de atención primaria en el CP y hemos podido obtener un dato cuantitativo sugerente de mayor necesidad de atención integral-biopsicosocial en un CP. Esta hipótesis sería congruente con la mayor prevalencia de problemas de salud mental y con la mayor influencia morbida del entorno existentes en el medio penitenciario.

Añadimos a lo anterior el tema de la conflictividad en la praxis médica. No cabe duda de que el análisis que planteamos presenta una complejidad y unas limitaciones importantes¹⁷. Nuestro enfoque ha sido renunciar a usar las variables cuantitativas definidas por las consecuencias de mayor impacto social (agresiones, denuncias...), puesto que están muy sesgadas por factores externos, y definir (ver introducción) un criterio de inclusión cualitativo, que aunque esté sujeto a la subjetividad del investigador, creemos que es más útil para el estudio del tema por menor influencia de factores externos de confusión. Abordamos la conflictividad en su punto de definición homogéneo: el momento previo a que la demanda interaccione con la personalidad, competencia y habilidades del profesional por un lado e igualmente previo a la reactividad del paciente ante la actitud inicial del médico por otro.

En cualquier caso, reconocemos la limitada validez externa del trabajo.

El resultado arroja significación estadística en la comparación e indica mayor conflictividad registrada en la consulta de la prisión durante el tiempo de observación.

Si unimos los hallazgos de mayor conflictividad y de mayor actividad específica de AP en un CP, surge *la hipótesis más interesante generada por nuestro trabajo*: la posibilidad de que el eje, alrededor del cual gira la demanda sanitaria en una prisión, no sea la suma de problemas de salud mental y de patologías infecciosas, sino un conjunto heterogéneo de problemas que precisen integración biopsicosocial como único tratamiento eficiente, con alto porcentaje de demandas injustificadas de atención médica, cuyo manejo pueda ser la verdadera clave de la estrategia de la planificación sanitaria.

La coordinación con los profesionales no sanitarios posiblemente sea la variable más importante en dicha intervención integral^{1-4,6}.

El dato de mayor conflictividad sugiere la hipótesis de que el medio penitenciario puede ser menos elegido por profesionales como opción personal. En el supuesto de extinción del CFSP, la Administración debe tener en cuenta una posible situación de muy baja disponibilidad de profesionales dispuestos a ejercer en el medio penitenciario.

El diseño del trabajo determinó el agrupamiento de múltiples áreas clínicas en la disciplina clásica de Medicina Interna, para controlar el factor aleatorio en la incidencia de las enfermedades. Se han producido diferencias significativas en la actividad clínica del conjunto de MI en el CSU respecto a las otras dos poblaciones. Reconocemos que nuestra metodología ha podido ser inadecuada, quizás por haber influido la prevalencia en la incidencia en la población de más carga asistencial (el CSU).

No hallamos explicación clara para estas diferencias significativas y la validez externa del dato obtenido debe confrontarse con otros estudios que puedan hacerse en el futuro.

En todo caso, la MI destaca como segunda proporción en el CP, lo que indica que existe un nivel de actividad de Medicina Interna porcentualmente importante en el CP.

Sin embargo, el resultado sí sería congruente con el hecho formulado, en trabajos clásicos de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, de asunción de pérdida progresiva de competencia clínica en médicos generales que ejercen exclusivamente en cupos de muy baja carga asistencial¹⁸, como así podrían considerarse diversas prisiones del país.

Sería interesante efectuar estudios en una prisión tipo macro cárcel, donde el número de población reclusa es similar a cupos estándares del SSA.

En la comparación de actividad clínica específica en pacientes VIH y VHC positivos, hemos obtenido que hay mayor actividad en el CP, con SE respecto del CS de baja carga asistencial pero no hay SE respecto del urbano de alta carga. Es un hecho que la prevalencia de estas patologías es mayor en medio penitenciario, y una cuestión de debate es si el CFSP ocupa un diferente papel en la escala asistencial respecto de los médicos de AP de los SSA. En nuestro estudio obtenemos un dato ambiguo. Hay que tener en cuenta que la actividad programada puede ser un sesgo importante en la valoración del CP.

Como era previsible, dado que en el sistema penitenciario español se produce la excarcelación de ancianos por motivos humanitarios, obtenemos diferen-

cias significativas en el área geriátrica. No parece haber discusión de necesidades formativas, en el supuesto de traslados de profesionales entre uno y otro medio, en este área.

En las disciplinas de menor porcentaje de demanda, ante el poco número de elementos muestrales, la validez externa del trabajo es muy baja. El dato de mayor demanda, con significación estadística, de Dermatología en el CP, se podría atribuir a demandas de atención por episodios dermatológicos banales.

Los resultados en Urología del CSR pueden atribuirse al envejecimiento de la población.

La mayor demanda de Traumatología en el CS rural la atribuimos a la mayoritaria proporción de oficios primarios en la población y a accidentes lúdico-deportivos de la población flotante excursionista.

Los resultados en Oftalmología del CSU los atribuimos a las características del CS estudiado: CS docente con mucho desarrollo en programas de prevención, lo que ha podido generar aumento de la demanda por los controles de fondo de ojo en patologías metabólicas.

Los datos obtenidos en el conjunto de nuestro trabajo pueden ser de interés para generar otros estudios más potentes. En ese caso, aconsejaríamos cuantificar y definir los sucesos excluidos durante el proceso de recogida de datos, lo cual ha sido un defecto metodológico en nuestro trabajo.

En conclusión, en nuestra comparación de las consultas médicas de demanda entre un Centro Penitenciario y dos Centros de Salud, orientada a la identificación de necesidades formativas ante la eventual integración de la SP, encontramos:

— Una comprobación de las esperables diferencias de carga asistencial en salud mental en el CP (particularmente en problemas derivados del consumo de sustancias). Se precisaría definir el nivel de competencia asistencial en una prisión para establecer hipotéticas necesidades formativas, aunque no parece haber discusión en la necesidad de formación en toxicomanías para un médico sin experiencia en el medio penitenciario. La actitud del médico del CP ante la salud mental debe corresponder a esta realidad.

— Encontramos mayor demanda sanitaria global en Medicina Interna en los CS, con la conocida excepción del manejo clínico de pacientes VIH y VHC positivos. Sería de interés establecer si hay diferencias cualitativas en la capacitación clínica o existe únicamente un volumen diferente de carga asistencial. En prisiones de reducido número de internos, la formación continuada en MI puede ser necesaria en el equipo sanitario. Los médicos del CFSP pueden necesitar formación en Geriátrica para ejercer en un CS.

— En el Centro Penitenciario hemos obtenido una significativa mayor demanda sanitaria de actividad integral-biopsicosocial, más específicamente enmarcable en la disciplina de Atención Primaria que en otros escalones del sistema sanitario público español. Asimismo, en el CP hemos obtenido un porcentaje, estadísticamente significativo, de mayor conflictividad en la consulta. Estos dos datos nos sugieren la hipótesis de que la clave de la eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios de una prisión puede estar en la capacidad de los médicos de AP en el manejo integral de problemas biopsicosociales y no en la oferta de atención especializada.

AGRADECIMIENTOS

A Pilar Rodríguez Ledo, del grupo de metodología aplicada en la investigación de la Sociedad Española de Medicina General, por proporcionarnos el trabajo estadístico.

Al Consejo Editorial de la revista por la confianza depositada.

A Bernadette Nadau du Trail por la traducción inglesa del resumen. A José Chérrez, Mary Carmen Calvo, Carmen Galarza, Juan Luis Calvo y Mikel Calvo por labores informáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arroyo J. Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. *Rev Esp Sanid Penit*. 2001; 3: 77-89.
2. Engebretsen B, Olson JW. Primary care in a penal institution. A study of health care problems encountered. *Med Care*. 1975 Sep; 13 (9): 775-81.
3. Watson R, Stimson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2004 Feb; 41(2): 119-28.
4. Holmwood C, Rae D. Prison health. A different place for GPs. *Aust Fam Physician*. 2003 Oct; 32 (10): 854-6.
5. Willmott Y. Prison nursing: the tension between custody and care. *Br J Nurs*. 1997 Mar 27 - Apr 9; 6(6): 333-6.
6. Pollack H, Khoshnood K, Altice F. University of Michigan School of Public Health. Health care delivery strategies for criminal offenders *J Health Care Finance*. 1999 Fall; 26 (1): 63-77.
7. Birute Semenaite, Medical Division of the Prison Department at the Ministry of Justice of Lithuania. Las prisiones de Lituania: problemas de salud mas importantes. *Rev Esp Sanid Penit*. 2004; 6 Agenda y Noticias.
8. Idris I. Penang Prison, Malaysia. Appropriate medical care for persons in detention. *Med J Malaysia*. 2003 Mar; 58 Suppl A: 119-22.
9. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud; Martín Zurro, Cano Pérez. *Docencia en AP y medicina de familia*. Harcourt y Brace Editorial. 4ª edición. Tomo I, Parte I: 153-158.
10. Gámir R. Los facultativos de sanidad penitenciaria: evolución, perspectivas y notas sobre su régimen jurídico. Editorial Dykinson, 1995: 146.
11. Gracia D. Ética médica; Farreras, Rozman. *Medicina Interna*. Harcourt y Brace Editorial. 13ª edición. Tomo I, Sección 1: 36
12. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. Martín Zurro, Cano Pérez. *AP: conceptos, organización y práctica clínica*. Harcourt y Brace Editorial. 4ª edición. Tomo I, Parte I: 8-9.
13. Arroyo JM. El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). *Actividades y funcionamiento*. *Rev Esp Sanid Penit*. 2005; 7: 86-91.
14. Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sanchez A. Actitudes del personal sanitario de Atención Primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el Equipo de Salud Mental. *Aten Primaria*. 2004; 33 (9): 491-5.
15. Starfield B. La primacía de la Atención Primaria en los sistemas de Servicios de Salud. Conferencia inaugural, congreso semFYC 2001. *Aten Primaria*. Nov 2001; 28, Supl 1: 25-26.
16. Turabián JL, Pérez B. El futuro de la medicina de familia. *Aten Primaria*. 2001; diciembre 28(10): 657-661.
17. Mesa del XXIV congreso de medicina familiar y comunitaria: Pacientes difíciles, médicos difíciles, encuentros difíciles. *Aten Primaria*. 2004; 34 (Extraordin 1): 17-71.
18. Almendro C, Cabrera A, Iglesias JM, Muñoz M, Orozco P, Ortiz MA, Planes A, Veras R. Elementos perversos en la práctica de la medicina de familia. *Documentos semFYC*. Ediciones semFYC; nº 3: 31-32.

CORRESPONDENCIA

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. Castellón, km. 3,400.
50013 Zaragoza.