Rev Esp Sanid Penit 2003; 5: 60-76
JM Arroyo, P Astier. *Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación*

Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación

JM Arroyo, P Astier*

Centro Penitenciario de Zaragoza
* Subdirección Médica del Hospital Clínico de Zaragoza

RESUMEN

Los establecimientos presentan requerimientos de salud muy cambiantes en función de su estructura y población. Ésta, ha sido una de las principales razones para explicar la ausencia de modelos asistenciales penitenciarios globales, capaces de ser aplicados por igual en todos los centros.

En este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica disponible (RSEC) sobre la calidad de la asistencia sanitaria en prisión. Se ha hecho una búsqueda bibliográfica recogiendo datos sobre las diferentes formas de organización de esta asistencia en distintos países, qué modelos de evaluación utilizan y cuáles son los resultados conseguidos respecto a su nivel de calidad.

Las conclusiones de esta revisión indican que hay escasa documentación al respecto y está poco difundida. No existe un modelo universal de evaluación de la calidad asistencial en prisiones, la metodología más elaborada la presenta la administración penitenciaria de Inglaterra y Gales, cuya asistencia médica está en la actualidad en fase de integración con el Sistema Nacional de Salud (NHS). No hemos encontrado ningún documento que describa un proceso completo de evaluación donde se monitorice, desde el análisis de oportunidades de mejora, a la comprobación del efecto de las soluciones propuestas.

Para realizar una adecuada planificación de la atención sanitaria en prisión es importante comenzar con el estudio de las necesidades de asistencia. Teniendo en cuenta la escasa investigación que hemos encontrado en este campo, creemos prioritario impulsar el estudio de herramientas capaces de evaluar estas necesidades como parte de un modelo encaminado a la mejora de la calidad asistencial en este sector.

Palabras clave: Calidad de la atención sanitaria, prisión.

HEALTH CARE QUALITY IN PRISON HEALTH CARE. ANALYSIS FOR AN EVALUATIVE MODEL

ABSTRACT

Prison health requirements are extremely variable due to their different structures and populations. This may well be one of the principal causative factors to explain why there are no global prison health care models that could be equally applicable to all centres.

This study carried out a systematic review of available scientific evidence (RSEC[1]) about health care quality standards in prison. A bibliographical search was made, gathering data about the different ways health care is organised in various countries, the evaluation models used and the results that were acquired about quality levels.

The review results indicate that there is little documentation on the subject, and what there is is not widely disseminated. There is no universal quality evaluation model for standards of health care in prison. The most developed system is the one used by the prison administration for England and Wales, which is in the process of being integrated with the National Health Service (NHS). No document was found that gave a description of a thorough evaluation process that monitored the effect of solutions proposed by means of improvement opportunities analysis.

For adequate health care planning in prisons an important start may be a health care needs analysis. Considering that little research was found in this area, we believe it is essential to initiate a study of tools that can evaluate these needs, as part of a broader model that sets out to improve health care quality in the prison sector.

Key words: Quality of Health Care, Prison.

INTRODUCCIÓN

Sanidad penitenciaria es un término tomado del campo jurídico que se refiere a toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas recluidas. En España aparece este concepto en el ordenamiento legal en el siglo XIX, por primera vez se habla entonces de la sanidad penitenciaria como un elemento propio de la organización de las prisiones[1]. Gracias al protagonismo de una serie de principios ideológicos de carácter humanitario y progresista que tomaron fuerza en aquel momento, se estableció la necesidad de que existiera una adecuada atención médica en las prisiones en un Decreto de fecha 13 de diciembre de 1886. En Inglaterra y Gales las prisiones tuvieron su propio servicio médico desde 1877, lo que supuso la creación de la primera institución médica civil dependiente de la administración[2].

Lo habitual ha sido que en cada país la peculiaridad de cada legislación penitenciaria haya marcado la organización de este tipo de sanidad, sin que se haya encontrado una respuesta homogénea válida para satisfacer las necesidades de asistencia que presentaban los reclusos[3-4].

En nuestro país el legislador establece la responsabilidad de la administración sobre el cuidado de la salud física y mental de los ingresados en prisión, así como en el mantenimiento de unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad de los establecimientos[5]. Todo ello se recoge en la actual Ley General Penitenciaria[6] y en su Reglamento.

En el momento actual nadie pone en duda que la calidad de la atención sanitaria recibida por las personas que se encuentran privadas de libertad, debe ser en todo caso igual a la que recibirían esas mismas personas si se encontraran en libertad[7]. Sin embargo desde hace algunos años, a raíz de un debate abierto principalmente en el Reino Unido, sobre la deficiente atención sanitaria en prisiones, se ha creado una corriente de reflexión y análisis de esta asistencia. Ello unido al aumento de los estudios sobre la teoría de la calidad aplicada a la asistencia sanitaria, ha hecho que este tema gane interés.

El hecho de que en algunos países este tipo de asistencia no esté gestionada por el Ministerio de Sanidad, es sin duda un factor influyente en sus niveles de calidad. La preocupación creciente que surgió en los ámbitos de gestión sanitaria en los años sesenta y que dio lugar a la cultura de la calidad asistencial, no ha alcanzado sin embargo a una sanidad penitenciaria que en algunos casos, como el de España, es todavía dependiente del Ministerio del Interior.

La cultura de la calidad asistencial está por desarrollar entre los profesionales dedicados a la salud de los reclusos, no es extraña por tanto la falta de trabajos sobre este tema. En nuestro país, donde ha terminado el proceso descentralizador de transferencias en las responsabilidades sanitarias desde el Ministerio de Sanidad a los Gobiernos Autonómicos, es a nuestro juicio un buen momento para estudiar la organización de esta parte tan específica de la sanidad pública, todavía no transferida.

1. Qué se entiende por Calidad Asistencial

La exigencia de optimizar los recursos disponibles en el área sanitaria junto con la aparición en el campo de la gestión de estos recursos de salud de una nueva cultura empresarial, han sido dos importantes factores que, entre otros, están impulsando la necesidad de garantizar y mejorar la calidad de los servicios. No hay una definición para calidad de las prestaciones y servicios sanitarios universalmente aceptada y capaz de reflejar adecuadamente el sentir de los distintos actores del proceso asistencial: profesionales sanitarios, gestores y usuarios. Sin embargo hay una definición que procura unir todos estos puntos de vista, que es la que propone el Programa Ibérico de Evaluación y Puesta en Marcha de Actividades de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria: para este organismo "calidad asistencia es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario"[8].

Para definir la calidad en términos operativos y poderla evaluar, hay que pensar en un producto concreto, que va dirigido a un tipo de cliente con unas necesidades y unas expectativas determinadas. Una medida adecuada de la calidad del producto, en este caso la asistencia sanitaria, debe cuantificarse en sus diferentes dimensiones, la científico-técnica, la de su efectividad (mejora del estado de salud), la de su eficiencia (efectividad en relación con los costes), accesibilidad (disponibilidad equitativa), satisfacción del usuario, adecuación y continuidad. Se pueden separar los productos o servicios en tres elementos, para facilitar la monitorización de su calidad[9]: lo estructural (lo que tenemos), el proceso (lo que hacemos) y el resultado (lo que conseguimos). Cada uno de estos elementos puede describirse estableciendo unos criterios o condiciones que debe cumplir el producto o la práctica considerada de calidad. Transformando estos criterios de forma que sean cuantifica-

bles, podemos saber si se cumplen unos niveles mínimos de cada uno de ellos (estándares) para que el producto, en este caso la asistencia sanitaria, sea considerada de calidad.

Este punto de vista, en el que los cuidados médicos son entendidos como un "producto", lo que pudiera parecer excesivamente mercantilista para un sanitario, es sin embargo muy útil como herramienta para la mejora del trabajo diario ya que permite sistematizar la puesta en marcha de actuaciones, tanto a nivel individual como colectivo, que antes de la llegada de la cultura de la calidad, se podían realizar también, pero de una manera más intuitiva, errática y no siempre cuantificable.

Cuando un equipo o una institución sanitaria deciden poner en marcha actividades de garantía de calidad, lo hacen con el objeto de integrarlos en un programa perdurable en el tiempo y con evaluaciones periódicas (monitorización) que persiguen conseguir un servicio con unos niveles acreditados de calidad. Hay diferentes herramientas para la evaluación y establecimiento de estas acreditaciones que garantizan la calidad de una organización. Básicamente se trata de protocolos que miden determinados criterios y aseguran el cumplimiento en todos ellos de unos estándares mínimos. Por ejemplo en la industria los requisitos establecidos por las Normas ISO 9000, el Método Deming en EEUU o el Malcolm Balbridge en Japón. En 1992 apareció uno de los instrumentos más utilizados para mejorar la calidad de las empresas europeas, capaz de ser aplicado en forma de autoevaluación, el Modelo Europeo de Gestión de Calidad (EFQM)[10], utilizado recientemente también para la evaluación de centros sanitarios[11].

2. Características diferenciales de la asistencia sanitaria en prisiones

La falta de homogeneidad es el primer aspecto que sorprende al analizar las necesidades de atención sanitaria en los centros penitenciarios, hay muy diferentes tipos de demandas dentro de cada prisión y los patrones cambian mucho de uno a otro centro. Una serie de factores influyen en esta variabilidad:

1. Las personas reclusas están divididas en categorías que determinan en gran parte el tipo de necesidades de asistencia, por ejemplo están separados por sexo, hay módulos o prisiones de mujeres y de hombres; están separados por edades, hay recintos de jóvenes y de adultos, tienen diferente situación penal, hay sujetos a la espera de juicio que acaban de ingresar en prisión o saldrán pronto en libertad provisional o internos que ya están cumpliendo condena desde hace años en el mismo centro y van a seguir en él por mucho tiempo más. También puede haber módulos o prisiones, según el grado mayor o menor de peligrosidad e inadaptación de la conducta del interno, lo que muy frecuentemente va asociado a mayor frecuencia de trastornos del comportamiento o enfermedades mentales graves.
2. La mayor prevalencia de una serie de padecimientos entre los reclusos también va a determinar las necesidades de asistencia más frecuentes, por una parte hay que atender las consultas comunes del nivel primario correspondientes a los grupos de edad de los reclusos (enfermedades respiratorias, accidentes y traumatismos, procesos metabólicos, quirúrgicos, ginecológicos, etc.); por otro lado hay una mayor concentración de riesgos en una serie de padecimientos que se asocian a conductas delictivas, como son los trastornos de personalidad o el abuso de drogas; otras enfermedades van unidas a la exclusión social y la pobreza, ambas frecuentes entre los reclusos, como por ejemplo la tuberculosis o los problemas buco-dentales[12]. También pueden aparecer trastornos como consecuencia misma del encarcelamiento, sobre todo relacionados con la salud mental.
3. Otro elemento que determina el tipo de atención sanitaria en prisión es el propio entorno penitenciario, que influye en el manejo de estos procesos, en su detección, seguimiento y tratamiento. Toda la vida del recluso está organizada sobre la base de la seguridad, la convivencia disciplinada, el horario, etc. En definitiva la institucionalización puede influir de manera importante en la atención médica[13].

Es un hecho prácticamente universal en la sanidad penitenciaria que la atención primaria, con diferentes modos de organización, se preste en los centros penitenciarios, y la especializada y hospitalaria se realice en instalaciones de la red pública, acondicionadas con medidas de seguridad adecuadas. No hay uniformidad en las legislaciones de los distintos países sobre la manera de prestar estos servicios. En la Unión Europea ninguna directiva trata de este tema, solamente el Consejo de Europa a través de una recomendación, sin vinculación jurídica, establece una serie de normas en materia de asistencia a los reclusos[7]. Con frecuencia se recurre al sector privado para cubrir determinados tipos de asistencia en

los que la medicina pública se ve desbordada, especialmente en materia de atención a la salud mental y odontológica. En aquellos países en los que no hay un sistema público y universal de sanidad, como Estados Unidos, la implicación del sector privado en la asistencia sanitaria en prisiones es mucho mayor[4].

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática de las referencias existentes en relación con la calidad de la atención sanitaria que se presta a las personas en los centros penitenciarios.

Las fuentes de información empleadas han sido las siguientes:

1. Fuentes bibliográficas primarias:

a) Artículos publicados

Búsqueda en línea en MedLine (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/), Excerpta Médica (http://www.excerptamedica.com/hq/), e índice Médico Español (http://bddoc.csic.es:8080/RIME/BASIS/ime/web/rime/SF), Biblioteca Cochrane de revisiones sistemáticas, (http://www.update-software.com/cochrane/abstract.htm).

Se han utilizado para la búsqueda los descriptores recomendados por la National Library of Medicine (MeSH), en concreto: Prisión (Prison), evaluación de la calidad (Quality Assessment), asistencia sanitaria (Health Care).

b) Fuentes de literatura gris sobre el tema, accesibles bien a través de páginas web, utilizando motores de búsqueda genéricos en la red, como Google (http://www.google.com/), o bien a través de otras fuentes no electrónicas como monografías y actas de Seminarios y Congresos.

c) Documentación oficial de los Ministerios de Sanidad, del Interior o del Consejo de Europa, referente a calidad asistencial en prisiones.

2. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

— Documentos cuyo objetivo es la descripción de la calidad asistencial en prisiones o su evaluación.
— Que analizan modelos de asistencia.
— Que plantean herramientas de evaluación.
— Que proponen indicadores de calidad.
— Que señalan oportunidades de mejora y/o soluciones para aumentar la calidad de la asistencia.
— Documentos escritos en español, inglés o francés.

Criterios de exclusión:

— Trabajos que analizan áreas muy concretas de la asistencia.
— Descripciones narrativas sin base objetiva.
— Documentos con una antigüedad superior a nueve años.

3. Método de análisis:

Para la descripción en cada trabajo de los materiales sobre calidad, se ha utilizado la teoría del Ciclo de Mejora de Deming[8] que comienza con la identificación de las oportunidades de mejora, sigue con la elaboración de criterios e indicadores para medir el problema a mejorar, continúa con el diseño de una intervención para solucionarlo y finaliza con una nueva medición de los resultados para comprobar el efecto de la mejora introducida. Así pues un primer dato descriptor de los materiales recogidos sobre calidad asistencial en prisiones es la identificación de alguna oportunidad de mejora en este tipo de prestación sanitaria y qué sistema se utiliza para hacerlo de los tres principales que existen:

— El comparativo, en el que se toma como modelo de calidad un servicio asistencial similar que sea representativo del que se está evaluando.
— El basado en datos epidemiológicos, cuyo análisis permite establecer las necesidades adecuadas en base a incidencias o prevalencias de los problemas de salud presentes.
— El corporativo, donde son las opiniones de expertos, reunidos en grupos de trabajo, los que establecen las necesidades y oportunidades de mejora.

Cada uno de estos sistemas tiene sus inconvenientes, el corporativo, por ejemplo, la presencia de agendas ocultas que mediatizan la opinión de determinados colectivos de profesionales orientándolas de forma que favorezcan sus intereses. El epidemiológico es difícil de aplicar porque se necesitan una gran cantidad de datos, recogidos durante mucho tiempo de manera minuciosa, lo que no es siempre posible. Finalmente el sistema comparativo de ob-

tención de oportunidades de mejora, en el caso de la asistencia sanitaria en prisión, tiene el inconveniente de encontrar un tipo de asistencia equivalente con el que sea factible su comparación.

Las oportunidades de mejora encontradas en la documentación, ordenándolas de mayor a menor, según la frecuencia con la que han sido citadas en los diferentes documentos se han agrupado en lo que Donabedian[9] denomina los tres componentes clásicos de la producción de servicios sanitarios: la estructura, lo que existe; el proceso, lo que se hace, y el resultado, lo que se consigue. A continuación de la oportunidad de mejora se exponen las posibles soluciones, si es que los autores las aportan.

De cada trabajo se han recogido una serie de elementos que han servido para analizar su interés:

a) Ficha técnica que ha incluido autor/es, institución que ha realizado el estudio y tipo de trabajo.
b) Objetivo del estudio: es una investigación original, una revisión, un informe de expertos o una recomendación de la administración.
c) Se incluye un apartado donde se identifican oportunidades de mejora y si es así, que metodología se ha utilizado para hacerlo.
d) Si se han priorizado las oportunidades de mejora.
e) Si se han definido indicadores que permitan medir criterios de calidad asistencial.
f) Si se hacen recomendaciones para mejorar la asistencia.
g) Si se ha recogido un proceso completo de monitorización de calidad.

RESULTADOS

Se han encontrado un número importante de documentos que tenían como objetivo principal el análisis de la calidad de la asistencia sanitaria en prisión, sin embargo, menos de la tercera parte de ellos cumplían los criterios de inclusión de nuestro estudio (Tabla I).

Solamente el 39% de los materiales son datos científicos primarios o secundarios, disponibles en publicaciones técnicas, el resto son documentos de circulación restringida, en forma de recomendaciones de expertos, de trabajos encargados por las administraciones de los diferentes países o de informes internos. El origen de esta documentación procede, casi a partes iguales, de un lado de las administraciones competentes sobre salud y/o interior, y de otro de la inquietud de una serie de autores que han investigado sobre este tema. Diferentes expertos externos y distintas universidades de Inglaterra y Gales, han realizado extensos informes por encargo de los gestores públicos. Un par de sociedades científicas han investigado en este tema, en especial la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria dispone de un reciente y detallado estudio de consenso sobre la calidad de la asistencia médica en prisiones[13] (Tabla II).

Respecto a los países de origen de la documentación seleccionada, por número de trabajos, procede en primer lugar de Inglaterra y Gales, este hecho es consecuencia de la inminente transferencia de la sanidad penitenciaria dependiente del "*Prison Service*" al "*National Health Service*", es decir, al sistema nacional de salud. Este proceso, iniciado hace unos años, ha generado una gran cantidad de informes internos de gran valor que han sido difundidos a través de Internet. España, USA y en menor medida Francia o Canadá, también contribuyen con información, sin olvidar unas recomendaciones específicas en este tema del Consejo Europeo (Tabla III).

En relación con las fechas de publicación o consulta en la red, el 78,6% de los documentos tienen menos de cuatro años de antigüedad (Tabla IV).

Un 86% de los trabajos incluidos en este estudio sobre calidad asistencial, hablan de oportunidades de mejora (Tabla V). La mayor parte de las descripciones de oportunidades de mejora recogidas se han realizado comparando la asistencia en prisión con la que se presta en el mismo entorno, pero fuera de las prisiones (Tabla VI). Los estudios epidemiológicos

		MEDLINE-COCHRANE		GOOGLE	
		Encontrados	*Seleccionados*	*Encontrados*	*Seleccionados*
Calidad asistencial en prisiones		58	11	32	9
Herramientas de Evaluación de la Calidad Asistencial		1	1	1	1
Listado de Indicadores de calidad		5	5	1	1
TOTAL	**28**	**64**	**17**	**34**	**11**

Tabla I

van después en número de investigaciones, y finalmente las opiniones corporativas.

Lamentablemente sólo una cuarta parte de ellos establece prioridades entre todos los problemas de calidad descritos, nuevamente merece en este campo especial mención el anteriormente citado trabajo de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (Tabla VII). Hasta en el 46% de estos trabajos se han llegado a definir indicadores de medida de la calidad (Tabla VIII) y se recomiendan mejoras a poner en marcha hasta en el 57% de todos ellos (Tabla IX).

No hemos encontrado ningún documento que describa un proceso completo de evaluación donde se monitorice, desde el análisis de oportunidades de mejora, a la comprobación del efecto de las soluciones propuestas (Tabla X).

¿Qué tipo de material es?	*n / (%)*
Revisión publicada en una revista técnica	7 / (25%)
Investigación publicada en una revista técnica	4 / (14,3%)
Informe de expertos	8 / (28,6%)
Recomendación interna de la administración	9 / (32,1%)

Tabla II

Países	*n / (%)*
España	3 / (10,7%)
Inglaterra y Gales	14 / (50%)
USA	6 / (21,4%)
Francia	2 / (7,1%)
Canadá	1 / (3,6%)
Consejo Europeo	2 / (7,1%)

Tabla III

Año de realización	*n / (%)*
1994	1 / (3,6%)
1996	1 / (3,6%)
1997	1 / (3,6%)
1998	2 / (7,1%)
1999	3 / (8,3%)
2000	5 / (17,9%)
2001	6 / (21,4%)
2002	3 / (10,7%)
2003	6 / (21,4%)

Tabla IV

En los documentos sobre calidad asistencial en prisión ¿se identifican las oportunidades de mejora?	*n / (%)*
No	4 / (14,3%)
Sí	24 / (85,7%)

Tabla V

¿Cómo se identifican las oportunidades de mejora?	*n / (%)*
Por comparación	12 / (50%)
Por estudios epidemiológicos	7 / (29,2%)
A través de fuentes corporativas	5 / (20,8%)

Tabla VI

¿Se priorizan los problemas?	*n / (%)*
Sí	7 / (25%)
No	21 / (75%)

Tabla VII

¿Se definen Indicadores de calidad?	*n / (%)*
Sí	13 / (46,4%)
No	15 / (53,6%)

Tabla VIII

¿Se recomiendan mejoras?	*n / (%)*
Sí	16 / (57,1%)
No	12 / (42,9%)

Tabla IX

¿Describe un proceso de Monitorización?	*n / (%)*
Sí	0 / (0%)
No	28 / (100%)

Tabla X

1. OPORTUNIDADES DE MEJORA RELACIONADAS CON LAS ESTRUCTURAS

1.1. Prioridad de lo regimental frente a lo sanitario

En una serie numerosa de documentos, se advierte que los profesionales sanitarios en prisiones están obligados al cumplimiento de una legislación que en general se orienta hacia el mantenimiento del buen orden y funcionamiento del centro penitenciario[12-18]. Se advierte que las obligaciones regimentales se mantienen al mismo nivel o incluso por encima de las asistenciales. Mientras que la situación laboral de los sanitarios en la comunidad tiene una organización horizontal, con alto nivel de influencia social, en las prisiones se mantiene una estructura de decisión piramidal, mucho más jerarquizada, en la que los sanitarios tienen un control menor sobre el entorno y dependen para su trabajo de gestores con muchos otros objetivos además de la asistencia sanitaria correcta de los reclusos[19]. También hay autores que explican el cambio de prioridades entre lo regimental y lo asistencial debido a la falta de adecuada formación de los trabajadores y a su aislacionismo, que les hace sentir, más como funcionarios de seguridad, que como sanitarios[20]. En todo caso, las prisiones son instituciones concebidas para el cumplimiento de una pena y no se construyeron con criterios terapéuticos[21].

Este hecho supone que los profesionales deben esforzarse por aplicar los principios éticos que impidan que los cuidados de los reclusos se supediten a la seguridad, haciendo todo lo necesario para que la atención sanitaria se realice bajo los códigos profesionales de buena praxis[19, 22, 23].

Posibles soluciones:

— La posibilidad de aplicar criterios de protección a la salud está unido al reconocimiento de la necesaria independencia de los profesionales sanitarios dentro de la administración penitenciaria. En 1987 la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Madrid sobre autonomía profesional y autorregulación, se incluyeron importantes afirmaciones en el caso de que los pacientes sean presos.
— Los médicos deben tener la libertad profesional de atender a sus pacientes sin interferencias.
— El ejercicio del juicio profesional y la discreción en la toma de decisiones éticas y clínicas en la atención y tratamiento de pacientes debe ser preservado y protegido.
— Los médicos deben tener la independencia profesional para representar y defender las necesidades de salud de los pacientes heridos o enfermos ante todos los que se la nieguen o restrinjan.
— Hay estándares internacionales que fijan la calidad de los servicios sanitarios en prisión, que confluyen desde dos fuentes, los derechos humanos y los principios de ética médica. Ambos deben prevalecer en la asistencia sanitaria de calidad en prisión.

Los procedimientos legales también son utilizados para la denuncia de situaciones reprobables en la atención sanitaria en prisiones, en especial en aquellos países en los que existe una especial atención judicial dentro de las prisiones. La doctrina de los tribunales para decidir sigue la línea de la equidad de la atención dentro y fuera de *prisión*[24].

1.2. Escasez y desmotivación del personal sanitario penitenciario

Las malas condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios en las prisiones, contribuyen a que haya una falta de personal en este sector y al desánimo y poca ilusión que muchas veces está presente entre este colectivo[13, 25].

Como causas más concretas de esta situación laboral se apuntan entre otras:

— La ausencia de valoración social y administrativa de la sanidad penitenciaria, cuyos profesionales son peor remunerados que los que realizan igual trabajo fuera de prisión[7, 13, 23, 38].
— La ausencia de formación especializada para el trabajo en el entorno penitenciario[15, 16, 23, 25].
— El aislamiento laboral dentro de la red penitenciaria y fuera de ella, que impide un correcto reciclaje y una falta de carrera profesional[19, 38].
— Una falta de continuidad de los profesionales en el caso de que dependan de la administración sanitaria debido a una baja retención laboral[25, 38].
— La mala organización del trabajo cotidiano en los centros[13].
— La mala gestión de personal por falta de experiencia de las personas encargadas de tomar decisiones y/o falta de interés de la administración[38].

Posibles soluciones:

— Algunos documentos incluyen como un estándar de calidad en el servicio sanitario en prisión el que los profesionales de este área estén adecuadamente entrenados para este tipo de trabajo y

reciban la formación permanente necesaria para mantener su nivel de capacidad profesional[26, 38].
— Países como Francia, Noruega o recientemente Inglaterra y Gales, solucionan este problema al haber integrado la sanidad penitenciaria en el sistema nacional público de salud, con lo que los profesionales sanitarios atienden indistintamente dentro o fuera de prisión a los ciudadanos.
— Otra de las soluciones aportadas al aislamiento tanto extra como intrainstitucional es el mantenimiento periódico y regulado de reuniones de trabajo con unidades de similares características de los sistemas sanitarios públicos extrapenitenciarios, así como la creación de redes de intercambio de información entre profesionales que trabajan en diferentes prisiones[26, 38].
— Se apunta como necesario para mejorar la retención laboral, que se lleve a cabo una revalorización por parte de la administración de la figura del sanitario de prisiones[25].
— La mejora de una atención sanitaria en prisión pasa, entre otros objetivos, por asegurarse de que la plantilla está adecuadamente cualificada, entrenada y motivada, lo que debe estar asegurado por los máximos responsables de *este tipo de prestación pública*[27].

1.3. Descoordinación con el sistema público sanitario extrapenitenciario

El servicio médico de cada prisión debe ocuparse de la atención primaria de los internos y el nivel de asistencia especializada y hospitalaria, está cubierto por recursos externos al centro. En distintos informes aparece como una oportunidad de mejora, la coordinación entre los servicios sanitarios penitenciarios y los hospitales y consultas especializadas que atienden habitualmente a los reclusos[13, 28]. Aspectos burocráticos como los traslados entre prisiones o la falta de residencia de los internos y en general la escasa comunicación entre niveles, producen retrasos y anulaciones de las citas a los especialistas o dificultan los ingresos hospitalarios[12].

Otra consecuencia de estos inconvenientes de derivación para consulta en el nivel especializado u hospitalario es la sensación que muchos médicos de prisiones expresan de verse forzados a atender casos que deberían ser vistos por un consultor especializado, lo que es especialmente frecuente en los casos de trastornos mentales[38].

Posibles soluciones:

— Entre las soluciones que se proponen está mantener acuerdos entre la administración penitenciaria y el sistema nacional de salud para mejorar la coordinación[25, 26].
— También parece necesario que los gestores se especialicen en este tipo de asistencia sanitaria, que tiene unas peculiaridades que le hacen funcionar de manera diferente de lo habitual a un centro de salud[29, 38].
— Cuando haya una gran dificultad para el traslado de los internos a un centro de especialidades, una solución aportada es proveer al servicio sanitario penitenciario de un soporte adecuado a partir de colegas especialistas, bien utilizando una red informática o bien un sistema de visitas periódicas[17, 25, 38].

La necesidad de una documentación unificada que facilite el intercambio de información entre diferentes prisiones y de estas con los servicios externos resulta también imprescindible[28].

1.4. Importante ausencia de planificación en los servicios sanitarios penitenciarios

A través de los documentos analizados se puede observar que la atención sanitaria en las prisiones se caracteriza por una considerable variación en la organización y en la dispensación de los cuidados, en su financiación y grado de eficacia. En general, su gestión es la propia de una medicina anticuada, donde predomina un modelo muy medicalizado de atención centrada en la enfermedad, no en la salud, con poco interés por la prevención, la protocolización de actuaciones, el trabajo en equipo, la evaluación continuada, el desarrollo profesional o la información[12, 15, 20, 24, 26, 27, 29-31].

Los problemas de salud en las prisiones, a pesar de su heterogeneidad, tienen siempre una serie de puntos en común que sin embargo reciben con frecuencia respuestas diferentes[24].
— Es muy posible que una de las razones de este hecho sea la ausencia de una cultura de evaluación de necesidades antes de tomar decisiones, habitual en los gestores de este campo de la sanidad[29].
— Otra razón es que en la solución de los problemas en este área de la asistencia, influyen tres grandes directrices, la legislación, los derechos humanos y las evidencias clínicas y de salud pública. En función del mayor peso de una u otra

en las soluciones aportadas, éstas pueden orientarse de manera diferente para un mismo problema[24].

— Está poco desarrollada la auditoría clínica y otros sistemas de calidad asistencial, hay un despliegue mínimo de estándares y controles, con poco aporte de datos válidos y fiables que permitan una planificación de la cobertura de necesidades[22, 32].

Posibles soluciones:

— Es necesario fomentar la investigación basada en la evidencia en este campo de la salud, para permitir una toma de decisiones clínicas adecuadas[13, 27].
— Es importante el trabajo conjunto de los sanitarios de prisiones y de los responsables de esa asistencia sanitaria junto con sus homólogos del sistema público extrapenitenciario para identificar y responder adecuadamente a las necesidades de una atención de naturaleza especial como la que se presta a los reclusos.
— Disponer de una herramienta específica para la correcta evaluación que identifique esas necesidades es un paso previo necesario[12].

2. OPORTUNIDADES DE MEJORA RELACIONADOS CON LOS PROCESOS DE ASISTENCIA

Las oportunidades de mejora dependientes del proceso son aquellos problemas que aparecen a consecuencia de las actividades de la propia asistencia sanitaria. Como las que dependían de las estructuras se recogen aquí por orden de frecuencia.

2.1. Dificultades en la atención debidas a las especiales características de la población atendida en prisión:

La sanidad penitenciaria se ocupa, por una parte, de los problemas de atención primaria comunes en el grupo mayoritario en prisión, entre los treinta y cuarenta años, que aparecen de la misma manera que fuera de prisión. Por otro lado, de los problemas de salud relacionados con la conducta criminal. Los más frecuentes son los trastornos mentales cuya sintomatología da lugar a dificultades de adaptación social de cualquier grado. También pertenecen a este grupo las enfermedades relacionadas con el abuso de drogas, en especial por vía parenteral como el Sida o las hepatitis. Otro grupo de enfermedades comunes en prisión son las que aparecen asociadas al propio encarcelamiento, como la depresión, la conducta autolesiva, los trastornos ansiosos de diferentes tipos o las enfermedades transmisibles propias de instituciones cerradas.

Finalmente cabe esperar un mayor número de problemas de salud asociados a exclusión social y pobreza, como la tuberculosis, los problemas dentales, o enfermedades sobreevolucionadas por falta de la adecuada atención antes del ingreso en prisión[14-16, 25, 38].

A este perfil epidemiológico se añaden una serie de características típicas de la población reclusa que dificultan su atención:

— La actitud de los internos influye en el proceso asistencial, es frecuente su visión de la atención médica en prisión como un "servicio social", algo que la institución está obligada a prestar como el servicio de comidas o la escuela, el servicio médico debe repartir salud como algo ajeno a la responsabilidad de los usuarios y sin su implicación de una manera automática.
— No hay una cultura de responsabilidad individual en la propia salud y es común una actitud manipulativa con el servicio sanitario[14, 23].
— Dependiendo de los trabajos, los autores señalan que la frecuentación en la consulta es entre 3 y 8 veces superior a la que tiene un servicio médico extrapenitenciario de similares características en la comunidad[14, 16, 24].
— Otra característica de la atención sanitaria en prisión, es que los reclusos demandan asistencia fundamentalmente debido a problemas de salud menores, muchas veces autolimitados y que se pueden resolver generalmente sin la ayuda del personal sanitario. Fuera de prisión, se acude a soluciones informales para tratar estos problemas, desde el simple apoyo emocional de un familiar o un vecino, a medicación que se pueda tener en casa, en el botiquín más sencillo, o utilizando en todo caso fármacos libres de prescripción médica[14]. La restricción que los internos tienen a todos los recursos asistenciales informales, el hecho de estar mal informados sobre las posibilidades de autocuidado, o la falta de apoyo social disponible y la ausencia de botiquín propio, unido a la canalización de cualquier problema de salud por simple que sea, hacia el servicio sanitario del centro, hace que éste se sobrecargue de manera ineficiente atendiendo problemas menores en lugar de emplear su tiempo detectando y tratando problemas más serios.

— En un extenso estudio donde se manejaba un gran número de variables que influían en la percepción de la salud por parte de los internos, se estableció un modelo de regresión lineal que tan sólo fue capaz de explicar el 19% de la varianza de esta percepción. Este mismo análisis obtuvo una correlación directa entre internos que manifestaban mayor número de síntomas y frecuentación a la consulta médica, junto con una correlación inversa entre reclusos que manifestaban tener peor salud y esta frecuentación[4].
— Estamos lejos de conocer de qué factores depende la percepción de salud de los internos, sin embargo, sí se ha demostrado un importante efecto de la esfera emocional en esta percepción[33].

Posibles soluciones:

— Una posible solución a estos problemas, comienza por trabajar la educación para la salud entre los internos, informando de los servicios que prestan los recursos sanitarios del centro y de los derechos y obligaciones que todo interno tiene respecto al uso de estos recursos[15].
— Cualquier método capaz de regular la excesiva demanda de consulta contribuirá también a racionalizar el trabajo del servicio sanitario en las prisiones, a hacerlo más equitativo. Junto a la restricción de las consultas a demanda, la potenciación de las consultas programadas de mayor calidad, mejoraría la asistencia[34].
— La disponibilidad de algún tipo de botiquín accesible a los internos, con fármacos comunes para cuyo uso no fuera necesaria prescripción médica, podría solucionar muchos problemas asistenciales[14].

2.2. Escaso trabajo de promoción y educación para la salud

Este tipo de actividad es necesaria en prisión debido fundamentalmente a cinco factores que intervienen en su importancia[12, 20, 35, 38].

— El perfil sociodemográfico de la población penitenciaria, que proviene de grupos de marginación social, por tanto con escaso acceso a la información y a la atención sanitaria.
— El ambiente ecológico donde se desarrolla la vida del recluso, una institución cerrada con riesgos de contagio por convivencia, tanto de enfermedades como de comportamientos.
— La subcultura penitenciaria, con valores y creencias a menudo no compatibles con comportamientos saludables.
— La selección epidemiológica impuesta por la conducta delincuencial, relacionada con hábitos de riesgo para la salud, como la adicción a drogas por vía parenteral, trastornos antisociales de la conducta, carencias afectivas, etc., susceptibles de ser modificados mediante Educación para la Salud (EpS).
— Aspectos determinados por la situación penal y judicial de los internos, entradas, salidas de la cárcel y traslados de prisión en función de decisiones de juzgados y autoridades penitenciarias que condicionan la accesibilidad de los servicios sanitarios a los reclusos. Durante su estancia en prisión debe aprovecharse para actuar.

Sin embargo, de manera frecuente en los documentos consultados, la promoción de la salud se menciona como una necesidad no cubierta: por falta de instrumentos para identificar y evaluar correctamente las actividades[17], por falta de personal especializado[23], por ausencia de concienciación de los profesionales sobre la importancia de esta labor[13] o por falta de sensibilidad y planificación de los gestores en esta área[15, 16, 20].

Posibles soluciones:

— Es necesario contar con un marco genérico de diseño y evaluación de programas de EpS en el medio penitenciario, que siente las bases de la coordinación entre diferentes programas de distintos centros. Así se podrá homologar los programas desarrollados en los distintos centros penitenciarios y compararlos entre ellos y con los comunitarios[35].
— Se debe sentar las bases para la evaluación y crear conciencia sobre la importancia de someter a un examen científico las actividades que se desarrollan, puesto que así podremos saber objetivamente si estas actividades han sido adecuadas para los fines propuestos, ver los resultados obtenidos e identificar los problemas y soluciones[35].
— Debe fomentarse la cultura de trabajo en equipo multidisciplinar, en el que participen tanto profesionales penitenciarios de distintas áreas como miembros de ONGs e internos del centro. Se contribuirá así a crear un hábito de trabajo en equipo y de colaboración entre equipos en el ámbito penitenciario[35].

— Se debe trabajar para que los directivos y profesionales penitenciarios sean conscientes de la importancia de la EpS en el medio penitenciario y de que la participación de los trabajadores de los centros penitenciarios en estas actividades es una labor consecuente e inherente a su actividad profesional. Todos ellos tienen la responsabilidad de promover, apoyar y participar en los programas de EpS y que se asignen los recursos humanos y materiales precisos para poder llevar a cabo las distintas actividades programadas[36].

2.3. Cumplimentación ineficiente de los registros sanitarios

Este apartado reúne las referencias que se hacen en diferentes trabajos respecto a problemas existentes en el manejo de diferente documentación sanitaria, como por ejemplo, historias clínicas, protocolos y guías de actuación.

— En algunos estudios consultados se alerta sobre la inadecuada ejecución de las anotaciones en las historias clínicas[13, 28], y la falta de seguimiento de guías de uso o protocolos estandarizados de actuación frente a determinadas situaciones[13, 17], lo que provoca dificultades en el trabajo en equipo[13, 20] y contribuye a añadir trabas a las que ya de por sí se ponen a la investigación[13].
— La falta de continuidad de la atención es otro de los problemas para la correcta atención, seguimiento y control documental de los internos, bien sea por la movilidad de los reclusos entre prisiones o entre su situación de libertad-reclusión, o bien por la excesiva movilidad del personal sanitario debido a la falta de estabilidad de las plantillas.

Posibles soluciones:

Una posible solución a este problema es contar con una documentación sanitaria unificada[28]. Diferentes trabajos que incluyen estándares de calidad de asistencia, hacen también especial mención de la necesidad de establecer protocolos de actuación y de fomentar la investigación para conseguir criterios fiables basados en la evidencia[7, 22, 24, 28].

3. OPORTUNIDADES DE MEJORA RELACIONADAS CON LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados en su sentido más amplio, estudia el efecto producido por la atención sobre la salud de los usuarios, la satisfacción de éstos, e incluso la de los propios profesionales. La valoración desde este punto de vista permite conocer el funcionamiento global de la atención sanitaria y medir el grado de adecuación, tanto de las estructuras como de los procesos.

Hemos encontrado pocos trabajos que exploren la opinión de los usuarios, la de los profesionales o que analicen resultados concretos del proceso asistencial en prisión.

3.1. Los usuarios perciben mayoritariamente la atención que reciben como mala o mediocre

Hay algunos datos que parecen matizar este hecho, los usuarios con un mayor grado de formación perciben su estado de salud más favorablemente. En un estudio con 198 internos, el 72% consideró que su salud era buena o excelente, la experiencia de encarcelamiento apareció asociada con un aumento de la sintomatología física[4]. En otro trabajo con 199 reclusos sobre percepción de salud, las diferencias que se obtuvieron respecto a la población general fueron únicamente de tipo emocional[33].

En un estudio donde se preguntó por la salud de los usuarios a la entrada y a la salida de la prisión, el 90% contestaban que no había habido cambios en su salud durante el encarcelamiento[31].

El resultado de la asistencia que los internos reciben en prisión se obtiene también comparando la accesibilidad a esa atención antes y después de entrar de prisión. Un hecho recogido en muchos trabajos es que la mayor parte de los reclusos atendidos en prisión no tienen un contacto regular con recursos sanitarios hasta su entrada en prisión y ésta supone su primer punto de entrada en el sistema público de salud[12, 13, 37]. Este hecho supone una mejora de la situación sanitaria de esa persona que entra en prisión, si la comparamos con su situación sanitaria cuando estaba en libertad.

3.2. Entre los profesionales sanitarios que trabajan en prisiones, hay insatisfacción en ciertos aspectos de su labor

El descontento se centra entre otras razones en:

— El aislamiento profesional[13, 19, 23, 26].
— Las malas condiciones laborales de trabajo debidas a exceso de guardias y sueldos más bajos que los colegas que realizan un trabajo del mismo nivel fuera de prisión[7, 13, 15, 26].

— La mediatización de su labor asistencial por necesidades de seguridad y/o regimentales[13, 16, 19, 24].

DISCUSIÓN

Gran parte del estudio de la calidad asistencial en prisiones está disperso en una serie de documentos poco accesibles, fundamentado en trabajos realizados o encargados por las propias administraciones penitenciarias y no publicados. Es probable que una de las razones de este hecho sea la falta de uniformidad en las necesidades de cada sistema penitenciario y aún de cada prisión, lo que dificulta el manejo de modelos comunes y estimula la aparición de "recetas propias". Otra razón es, sin duda, el aislamiento típico de este área de conocimiento, que encuentra muchas dificultades para realizar y difundir trabajos al no contar con redes organizadas de profesionales, que todavía están acostumbrados a trabajar absortos en los problemas de su centro y de espaldas al exterior. Finalmente hay que señalar, que como ocurre también en toda la atención primaria, la metodología basada en la teoría de la calidad, aún debe desarrollarse mucho en el campo del cuidado de la salud en las prisiones.

Una importante excepción en este panorama, ha sido el encontrar documentación correspondiente al proceso de integración de la sanidad penitenciara de Inglaterra y Gales en el sistema nacional de salud. La situación actual de la transferencia está muy avanzada, arrancó en 1998 y debe finalizar el próximo año. Ha generado una muy importante cantidad de documentación, toda ella accesible a través de Internet. En esta documentación se da una visión detallada y dinámica de la situación respecto a la calidad asistencial en prisiones en aquel país, extrapolable en buena parte a lo que ocurre en toda la zona de la UE.

Del análisis de todos los trabajos incluidos en nuestra revisión, se obtiene la impresión de que en el campo de la atención sanitaria en prisiones falta un modelo universal de evaluación de necesidades, que permita una correcta planificación y puesta en marcha de soluciones, así como una valoración de resultados. Lo que se ha encontrado, es muy al contrario, la descripción de diferentes modelos de asistencia, incluso dentro de un mismo país[14], sin un estudio previo de planificación, que no han sido ni son evaluados y cuyos resultados son muy mejorables.

El modelo propuesto por Inglaterra y Gales[12], el más elaborado, consiste en el empleo de una herramienta que proporciona una evaluación de las necesidades de asistencia, prisión por prisión, de manera individualizada mediante una serie de formularios y que permite la puesta en marcha del ciclo de mejora de Deming. Desgraciadamente, en la documentación no se aportan experiencias de su empleo. Sin embargo se trata de un modelo perfectamente descrito para su puesta en marcha en el que se describen una amplia serie de criterios con sus indicadores de medida, lo que permite el establecimiento de un programa de monitorización continuada basado en el trabajo multidisciplinar. Uno de los más importantes inconvenientes de este modelo, es su apoyo en gran número de indicadores epidemiológicos, lo que implica la puesta en marcha de un buen sistema de información o la necesidad de recurrir a extrapolaciones con datos procedentes de la población en libertad, lo que puede llevar aparejado la existencia de sesgos.

Muy diferente es la situación presentada en los documentos recogidos desde Canadá y EEUU, donde no existe un sistema público y universal de salud y los cuidados sanitarios en prisiones se prestan a través de empresas públicas o instituciones locales, con unos más bajos estándares de calidad asistencial que en la zona de la UE, unos menores presupuestos per cápita que se destinan a cada recluso para sanidad, y bajas garantías para el cumplimiento de esos estándares.

En la mayoría de los documentos que se han manejado en esta revisión, se da por sentado que hay un amplio margen para la mejora en la asistencia sanitaria a los reclusos, fundamentalmente comparándola con la que reciben, en una misma zona, los ciudadanos en libertad. La oportunidad de mejora que con más frecuencia aparece, es la prioridad que tienen los aspectos relacionados con el buen orden y funcionamiento de la prisión, respecto a los de la asistencia sanitaria.

No hemos encontrado ninguna otra revisión sistemática de trabajos sobre calidad en la asistencia sanitaria en prisión, por lo que no podemos establecer comparaciones con el nuestro.

La mayoría de los documentos consultados están de acuerdo en recomendar una serie de mejoras en la asistencia a los reclusos, que hemos recogido por orden de mayor a menor frecuencia según venían citadas en los trabajos, pero desgraciadamente muchas de ellas no están fundamentadas en una metodología objetiva de evaluación de la situación y en gran parte son aplicables, más a situaciones concretas, que a universales. Tienen sin embargo el valor de aparecer insistentemente en diferentes estudios

hechos con distintas metodologías, y por ello les damos una importancia que se basa en esta reiteración.

En un centro penitenciario, de igual forma que se hace medicina asistencial, es imprescindible atender a unas necesidades médico-legales y hacer labores relacionadas con la higiene y la salud pública. De hecho, el término "atención primaria", no define suficientemente el trabajo de un sanitario en el medio penitenciario. Para desarrollar esta asistencia, el profesional debe, por ejemplo, conocer el reglamento penitenciario que define los mecanismos de trabajo del personal no sanitario del establecimiento, con el que necesariamente debe coordinarse (tipos de clasificación de los reclusos según el grado se peligrosidad, rutinas de la vida diaria en prisión, horarios, modo de acceso a los internos, etc., etc.)[38]. Sin embargo esta realidad estructural de la asistencia a los reclusos, que obliga a un trabajo en equipo con otros profesionales no sanitarios de la prisión, no debe confundirse con el hecho de que la atención médica sea una actividad más dentro de la prisión, supeditada a las labores de custodia y seguridad, objetivo primordial de los centros. Una percepción que manifiestan los profesionales sanitarios reiteradamente junto a la de que hay una falta de interés de la administración penitenciaria por la atención sanitaria.

La sanidad penitenciaria es una actividad que cruza la medicina con la ley, muchos aspectos de la vida en prisión, incluidos los aspectos relacionados con la prestación sanitaria y con el entorno saludable, están regulados por la legislación penitenciaria. Los principios éticos y los derechos humanos sobre los que se basan los estándares internacionales de prestación de la atención sanitaria[7], deben guiar el trabajo de los sanitarios con los reclusos. Estos profesionales deben velar para que la atención de los problemas de salud, necesariamente influida por la seguridad, la disciplina y en último término la penalidad del sistema penitenciario, se encuentre siempre al mismo nivel que la que disfrutan las personas en libertad. La prestación de servicios sanitarios a los reclusos, que se modifica necesariamente por su condición de presos a la vez que de pacientes, no debe ser en ningún caso de menor calidad que la que recibirían si no estuvieran en prisión.

Un problema estructural frecuentemente citado ha sido la mala situación laboral del personal sanitario que trabaja con los reclusos. El origen de este problema se reconoce multifactorial, algunas de las causas que aparecen con más fuerza son la deficiente planificación en materia de personal por parte de las administraciones competentes, la falta de reconocimiento del trabajo asistencial, tanto por parte de los responsables de su gestión, como por parte de la sociedad en general, y la dificultad del trabajo con una población en su mayoría marginal, que emocionalmente está en una situación de crisis vital y que físicamente presenta muchas carencias de atención sanitaria.

La descoordinación con la asistencia que se presta fuera de prisión a los reclusos y la desorganización y dispersión de soluciones para un mismo problema asistencial penitenciario, se recogen también a menudo en la documentación estudiada. En definitiva, traducen dos realidades que están encadenadas: la gran variabilidad de las necesidades de cuidados médicos que presentan los centros penitenciarios y, por tanto, la dificultad de encontrar mecanismos de organización aplicables de manera sistemática todos ellos. No hemos encontrado tan apenas trabajos en los que se describan procesos de evaluación de necesidades asistenciales, en base a la creación de una cartera de servicios, paso previo para la planificación de recursos. Sin embargo hay que reconocer la dificultad de realizar esta evaluación cuando prácticamente cada prisión presenta unas necesidades diferentes. En este momento hay que volver a hacer referencia al modelo de mejora de la calidad asistencial en prisiones propuesto por Inglaterra y Gales, una herramienta que permite el análisis objetivo y pormenorizado de cualquier situación particular en el campo de la asistencia sanitaria en prisiones y que lleva a descubrir oportunidades de mejora basándose en una metodología fiable[12].

Respecto a los procesos, en la documentación se han encontrado también una serie de oportunidades de mejora recurrentes. La actitud excesivamente demandante de la población recluida es un fenómeno explicable, en parte, por el perfil mental de estos clientes con altas prevalencias de trastornos mentales y sometidos a estrés emocional. Una población con importantes necesidades de atención médica y con una situación de falta de libertad para procurarse cualquier otro tipo de solución a sus problemas de salud que no pase por el servicio médico de la prisión. Las demandas de asistencia por tanto son muy altas.

El modelo inglés hace hincapié en un aspecto importante, la diferencia que hay a la hora de evaluar la asistencia sanitaria entre las necesidades y las demandas, las primeras son prioritarias sobre las segundas[14] (Figura I). El compromiso de una buena gestión está en la evaluación correcta de las necesidades, que dependen de la eficiencia del servicio y

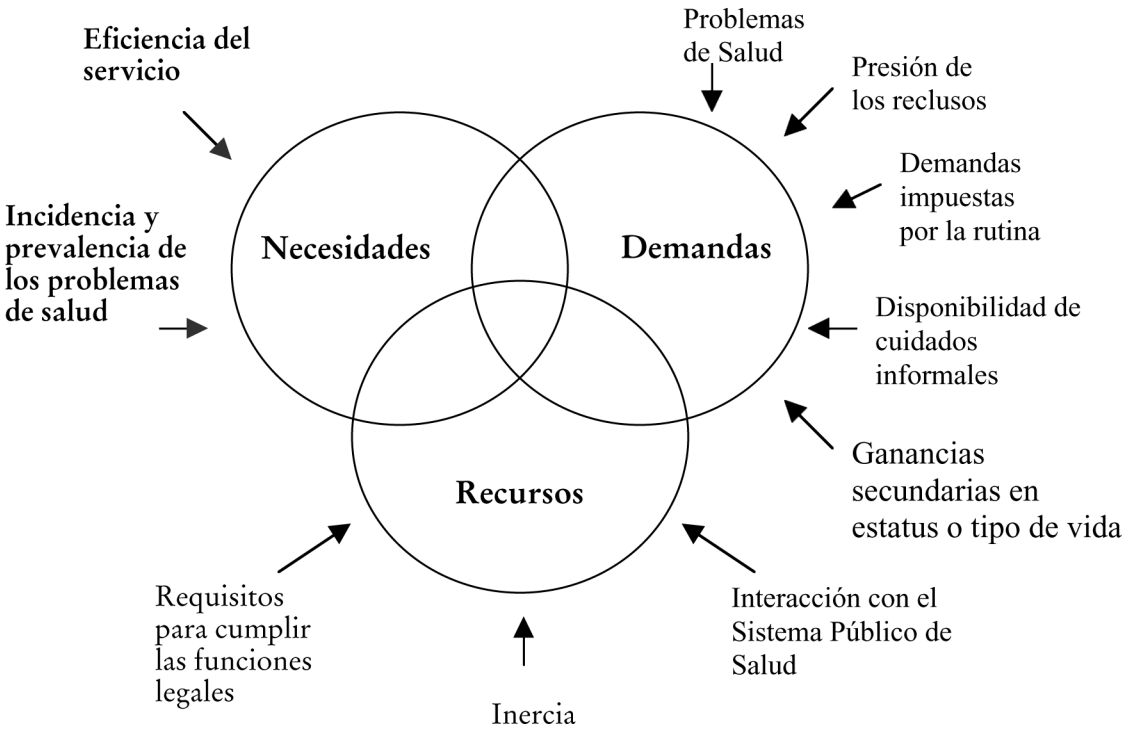

Figura I.

del volumen y el tipo de procesos que se debe atender. Los recursos deben dedicarse fundamentalmente a la atención de esas necesidades. Las demandas, con frecuencia exageradas en una población victimizada por la sociedad, que está emocionalmente inestable, que se autocompadece y que tiene escasa o nula cultura de salud, no deben prevalecer sobre las necesidades a la hora de repartir los medios existentes siempre limitados.

La falta de trabajo de promoción de la salud, tan necesaria en este ámbito, junto con la deficiente cumplimentación de la documentación sanitaria son problemas detectados en relación con las mejoras a introducir en "lo que se hace" en materia asistencial en prisión. La promoción de la salud es escasa por falta de instrumentos de evaluación de necesidades en este campo, escasez de profesionales sanitarios especializados en realizarla y falta de presupuesto para ella. La falta de continuidad en la atención sanitaria al recluso, facilitada por sus entradas, salidas y traslados a otras prisiones es uno de los factores que más influye en esa deficiente cumplimentación de la documentación sanitaria, lo que crea no pocas disfunciones en su atención.

La opinión de los profesionales y de los usuarios respecto a la calidad de la asistencia sanitaria a los reclusos no es buena, con todas las matizaciones necesarias, la realidad es que hay una serie de oportunidades de mejora sobre las que actuar, es necesario hacerlo con una planificación previa de recursos y basándose en una buena evaluación de las necesidades de cada prisión, que se ha manifestado como la unidad organizativa mínima en el terreno de la sanidad penitenciaria.

Para conseguir esta mejora, es fundamental contar con una herramienta de evaluación, por ejemplo, como la propuesta por Marshal para los centros de Inglaterra y Gales. Hay poca investigación en materia de evaluación de necesidades de asistencia en prisiones y creemos que sería muy conveniente que se comenzara una línea de estudio con objeto de contar con un instrumento de evaluación similar al británico, pero adaptado a la realidad española, lo que sería un paso previo de cara a mejorar la organización asistencial de una parte de nuestra sociedad, que se encuentra en situación de privación de libertad y que tan necesitada está de ejercitar ese derecho universal que no está suspendido en modo alguno por la pena de privación de libertad y que es el derecho a la salud.

Es importante contar con un modelo de evaluación de las necesidades asistenciales, específico para la realidad de la atención sanitaria en prisiones, un modelo capaz de establecer el comienzo de un ciclo

de mejora, de permitir una monitorización de la calidad asistencial e incluso de integrarse, si fuera conveniente, en modelos de excelencia como el EFQM.

Las conclusiones que se pueden extraer de este trabajo son las siguientes:

1. La escasa investigación en materia de calidad asistencial en prisiones se concentra en los últimos cuatro años.

2. La atención sanitaria a las personas recluidas tiene unas características que la diferencian y que se basan en la especificidad de las patologías que se atienden y del entorno en el que se realiza la asistencia.

3. La organización y cartera de servicios de este tipo de asistencia es heterogénea, tanto entre diferentes países como entre las distintas prisiones de un mismo país.

4. En la bibliografía revisada no se describe un modelo universalmente aceptado de organización ni de evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria en prisión.

5. La metodología de investigación más frecuentemente empleada es el ciclo de mejora.

6. Los trabajos analizan una serie de oportunidades de mejora que se refieren a:
   - — Falta de prioridad de lo asistencial en la prisión.
   - — Peores condiciones de trabajo de los profesionales.
   - — Descoordinación con los recursos externos a la prisión.
   - — Deficiencias de planificación.
   - — Especiales características de la población atendida.
   - — Falta de promoción de la salud en prisión.
   - — Ineficiencia en los registros sanitarios en prisión.

7. Es necesario el desarrollo de una herramienta versátil de detección de necesidades asistenciales en prisiones capaz de ser aplicada centro por centro.

8. Es recomendable impulsar estudios de detección de necesidades para contar con información que permita planificar con criterios de calidad esta asistencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Río y Pardo F. La Asistencia Sanitaria, introducción. En Cobo del Rosal M. Comentarios a la Legislación Penal. Revista de Derecho Privado 1; 1986: 521-522.
2. Smith R. Prisoners: an end to second class health care? British Medical Journal. 1999; 318: 954-955.
3. Arroyo JM. Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. Rev Esp Sanid Penit 2000; 3: 77-89.
4. Lindquist CH & Lindquist CA. Health behind bars: utilization and evaluation of medical care among inmates. Journal of Community Health. 1999; 24: 285-305.
5. Gamir Meade R. Los facultativos de Sanidad Penitenciaria. Evolución, perspectivas y notas sobre su régimen jurídico. Madrid. Dykinson. 1995, pp. 15-58.
6. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.
7. Council of Europe Committee of Ministers (1998). Recommendation No R (98) 7 of the Committee of Minister to member States concerning ethical and organizational aspects of health care in prison. Strasbourg, Council of Europe.
8. 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, pp. 399-417
9. Donabedian A. Revista de Calidad Asistencial. Número Monográfico 2001. Volumen 16, suplemento número 1.
10. European Foundation for Quality Management European Excellence Model. Brussels 2000. http/www.efqm.org (Consulta abril 2003).
11. Lorenzo S, Aracelay A, Bacigalupe M, Mira J J, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de Centros Sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Proyecto FIS 98/214 Monografía. Merck Sharp and Dhome (MSD) Madrid 2001.
12. Marshall T, Simpson S, Stevens A. Toolkit for health care needs assessment in prisons. Departament of Public Health & Epidemiology. University of Birmingham. Febrero 2000.
13. Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial en Prisiones. Programa de Calidad Asistencial en Prisiones. CAPRI. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. GSK. Madrid 2003.

14. Marshall T, Simpson S, & Stevens A. Health care needs assessment in prisons: a toolkit. Journal of Public Health Medicine 2001; 23: 198-204.

15. Reed J, Lyne M. The quality of health care in prison: results of a year's programme of semi-structured inspections. *British Medical Journal* 1997; 315: 1420-1424.

16. Dale C & Woods P. Caring for prisoners: guidance for nurses. 2002 London, Royal College of Nursing.

17. Watson R, Stimpson A, Hostick T. Health Care and Change Management in the Context of Prisons. Part 1. NHS. University of Hull. Abril 2002. http://www.had-online.org.uk/downloads/word/ regional/northern_york/ (Consulta marzo 2003).

18. Maull F W. Issues in prison hospice: toward a model for the delivery of hospice care in a correctional setting. Hospice Journal. 1998; 13: 57-82.

19. Working Group on Good Medical Practice for doctors providing Primary Care Services in Prison. Department of Health & HM Prison Service Consultation document. http://www.doh.gov.uk/ prisonhealth/publications.htm (Consulta febrero 2003).

20. Smith R. Prisoners: an end to second class health care? British Medical Journal. 1999; 318: 954-955.

21. Smith C. 'Healthy prison': a contradiction in terms? The Howard Journal 2000; 39: 339-353.

22. Department of Health. Health Services for Prisoners http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/publications.htm (Consulta febrero 2003).

23. Maeve K, Vaughn M. Nursing with prisoners: the practice of caring, forensic nursing of penal harm nursing. Advances in Nursing Science. 2001; 24: 47-64.

24. Tomasevski K. Prison health law. European Journal of Health Law 1994; 1: 327-341.

25. Rapport de la commission d'enquête (1) sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, Nº 449. Sénat de la France: 165, 183, 209 et T.A. 86 (1999-2000).

26. Department of Health & HM Prison Service. Report of the working group on doctors working in prisons: Q & A Brief. 2001 London http://www. doh.gov.uk/prisonhealth/ (Consulta febrero 2003).

27. Department of Health & HM Prison Service. Clinical Governance in Prison Health Care. A discussion Document. 2001 London http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/ (Consulta febrero 2003).

28. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior. Manual de procedimientos médicos y médicoadministrativos en el medio penitenciario. Madrid 1999. Documento Interno.

29. Department of Health & HM Prison Service. Prison Health Policy Unit and Task Force Prison Health Handbook. London 2001. http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/publications.htm (Consulta febrero 2003).

30. Marquart J, Merianos D, Cuvelier S J, Carroll L. Thinking about the relationship between health dynamics in the free community and the prison. Crime and Delinquency 1996; 42: 331-361.

31. Marquart J, Merianos D, Cuvelier S J, Carroll L. Thinking about the relationship between health dynamics in the free community and the prison. Crime and Delinquency 1996; 42: 331-361.

32. Correctional service of Canada. The standards for health care from the correctional service of Canada's management administration and operational review (MAOR). http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/ fsw/hlthstds/toc_e.shtml (Consulta 11/02/03).

33. Blanc A, Lauwers V, Telmon N, & Rouge D. The effect of incarceration on prisoners' perception of their health. Journal of Community Health 2001; 26: 367-381.

34. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior. Objetivos de mejora de calidad asistencial para 2001. Madrid 2000. Documento Interno.

35. Pope T. Health care in prisons takes a model from managed care. Management Care Interface. 2000; 13: 52-57.

36. Gómez Pintado P. Guía para la elaboración de un Programa de Educación para la Salud en el medio penitenciario. Ministerio del

Interior. DGIIPP. Ministerio de Sanidad. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. En Prensa.

37. Rogers W B, Seigenthaler C P. Correctional health care as a vital part of community health. Journal of Ambulatory Care Management. 2001; 24: 45-50.

38. Department of Health & HM Prison Service. Report of the working group on doctors working in prisons: Summary and key recommendations. 2001 London http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/ (Consulta febrero 2003).

CORRESPONDENCIA

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