

Disponibilidad y uso de recursos de asistencia sanitaria en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España

Bengoa A¹, Mateo-Abad M^{2,3}, Zulaika D⁴,
Vergara I^{2,5}, Arroyo-Cobo JM⁶

¹Centro de Salud de Martutene C.P. Osakidetza. Donostia/San Sebastián. Guipúzcoa (España)

²Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa. Osakidetza. Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. Donostia/San Sebastián. Guipúzcoa (España)

³Kronikgune-Centro de Investigación en Cronicidad. Barakaldo. Bizkaia (España)

⁴Plan del Sida e ITS en el País Vasco. Osakidetza. Donostia/San Sebastián. Guipúzcoa (España)

⁵Red Española de Investigación en Servicios y Cronicidad (REDISSEC) (España)

⁶Secretaría General del Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. Madrid (España)

RESUMEN

Objetivo: En la mayoría de los países europeos, los servicios sanitarios penitenciarios se encuentran sometidos a tensión o en proceso de cambio en lo que respecta a su modelo de gestión y a las repercusiones que estos cambios puedan tener en la mejora de la salud de los reclusos. Este trabajo compara el funcionamiento y los resultados de la gestión sanitaria en una prisión cuyo servicio sanitario está integrado en un servicio de salud autonómico con otros dependientes de instituciones penitenciarias.

Materiales y métodos: Estudio transversal en el que la unidad de estudio es el centro. A partir de datos obtenidos del registro de Estadística Sanitaria Mensual de Instituciones Penitenciarias se han construido una serie de indicadores propuestos por el Sistema Nacional de Salud.

Resultados: La ratio de médicos y de enfermeros por interno es mayor en el centro transferido. Solo el centro transferido dispone de recursos de telemedicina. La frecuentación de los servicios de atención primaria es superior en todos los centros no transferidos, mientras que la frecuentación de consultas especializadas del centro transferido duplica la media de las consultas especializadas de los demás centros.

Discusión: Se ha evidenciado una mayor accesibilidad de la asistencia especializada en el centro penitenciario gestionado por el servicio comunitario de salud, si lo comparamos con el gestionado por Instituciones Penitenciarias. Esta afirmación se sustenta en unos indicadores de efectividad y resultados que han proporcionado datos significativamente mejores en el centro transferido.

Palabras clave: prisiones; calidad de la atención de salud; políticas públicas de salud; estudio comparativo; prestación de atención de salud; atención primaria de salud; atención especializada; España.

AVAILABILITY AND USE OF HEALTHCARE RESOURCES IN PRISONS ACCORDING TO THE TRANSFERENCE MODEL: A COMPARATIVE STUDY IN SPAIN

ABSTRACT

Objective: In most European countries, correctional healthcare provision is under strain or in the process of change regarding its management model and the implications that such modifications may entail for the improvement of inmates' health. This paper compares the functioning and the results of health management in a facility whose healthcare service is integrated within an autonomic health system and others which depend on the department of corrections.

Materials and methods: Cross-sectional study where the study unit is the facility itself. From the data collected from the record of Monthly Health Statistics of Penitentiary Institutions we have constructed a series of indicators according to the recommendations of the National Health System.

Results: The physician to nurse ratio per inmate is higher in the transferred facility. Only the transferred establishment has telemedicine resources. Attendance to primary health services is higher than in all non-transferred establishments, while the mean attendance to specialized consultation in the transferred facility doubles that of the remaining centers.

Discussion: We have observed greater access to specialized care in the correctional facility managed by the community health system when compared to that of the facilities managed by Penitentiary Institutions. This statement is based on a series of effectivity indicators and results that have provided significantly improved outcome in the transferred facility.

Keywords: prisons; quality of health care; public health policy; comparative study; delivery of health care; primary health care; specialized care; Spain.

Texto recibido: 05/07/2016

Texto aceptado: 30/10/2017

INTRODUCCIÓN

La institución penitenciaria tiene asignado entre sus competencias velar por la vida, la integridad y la salud de los internos, y para ello mantiene en los establecimientos de ella dependientes la cobertura sanitaria correspondiente al nivel de atención primaria de salud. La Ley General de Sanidad garantiza los derechos de los internos y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, siendo competencia de las Administraciones públicas la organización y el desarrollo de todas las acciones preventivas y asistenciales dentro de una concepción integral del sistema sanitario¹. Cada establecimiento penitenciario cuenta con equipos de atención primaria formados por médicos, diplomados en enfermería y auxiliares de enfermería, en número variable según su tamaño y el de la población reclusa. Algunos centros disponen igualmente de farmacéutico y de técnicos en radiodiagnóstico. Estos equipos aseguran los cuidados de primer nivel. A pesar de que los servicios asistenciales dependientes de Instituciones Penitenciarias (IIPP) forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), y por tanto están integrados en la red pública, con acceso a pruebas y posibilidad de derivaciones, el personal sanitario que presta su servicio en los centros penitenciarios depende orgánicamente y funcionalmente del Ministerio de Interior, salvo en las comunidades autónomas con esta competencia transferida. La organización de esta parte del Sistema Público de Salud es un asunto escasamente tratado en los foros técnicos y ha cobrado creciente interés en los últimos años al abrirse el debate en la Unión Europea sobre qué autoridad es más conveniente que la gestione, la Administración sanitaria o la propia Administración penitenciaria^{2,3}. Este trabajo pretende contribuir al mejor conocimiento de esta parte de la sanidad pública, comparando una serie de indicado-

res de asistencia sanitaria entre centros penitenciarios, uno de ellos transferido a una organización sanitaria integrada en Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, y otros con servicios sanitarios dependientes de IIPP.

En nuestro país, el legislador ha dado a IIPP el papel de autoridad sanitaria con responsabilidad sobre el cuidado de la salud física y mental de los ingresados en prisión, así como del mantenimiento de unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad de los establecimientos⁴. Esta responsabilidad, sin embargo, no implica que también tenga el papel de organizadora de la asistencia sanitaria en las prisiones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en su declaración de Moscú de 2003 la necesidad esencial de consolidar en los Estados vínculos cercanos entre los servicios públicos de salud y la Administración penitenciaria. Ese mismo año, en España, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS⁴ abrió la vía para que los servicios sanitarios dependientes organizativamente de IIPP fueran transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud, algo que solo ha ocurrido en el País Vasco desde el 1 de julio de 2011⁵ y en Cataluña desde septiembre de 2014⁶.

Por tanto, a día de hoy, en todas las comunidades autónomas salvo las anteriormente citadas, la organización de los servicios sanitarios penitenciarios depende de forma orgánica y funcional de IIPP, una Administración no sanitaria, con una misión y una visión centradas más en la seguridad y en el control que en la gestión de las prestaciones sanitarias de los internos, como por otra parte es perfectamente comprensible.

El objetivo de este trabajo es describir y analizar las diferencias entre los procesos y los resultados de las prestaciones asistenciales según qué Administración sea la encargada de la organización de los servicios sanitarios en las prisiones, la Administración sanitaria

encargada de esa asistencia en la comunidad o IIPP. Es decir, comparar los procesos o principales áreas de actividad de los servicios asistenciales en los centros penitenciarios estudiados, poniéndolos en relación con los cambios en salud obtenidos o resultados, medidos a través de indicadores objetivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado las diferencias existentes en la provisión y el uso de servicios de un centro penitenciario transferido al sistema de salud comunitario comparándolo con un conjunto de otros cuatro centros dependientes de IIPP en materia de prestación sanitaria.

Se trata de un estudio transversal descriptivo en el que la unidad de estudio es el centro penitenciario. Se han empleado datos generales de cada centro y en ningún caso los datos corresponden a sujetos individuales. La selección de centros ha seguido un criterio de conveniencia. Se ha comparado un centro penitenciario de la comunidad autónoma del País Vasco con otros cuatro establecimientos de características similares correspondientes a distintas partes del Estado, con Administración sanitaria dependiente del Ministerio de Interior.

Todos los centros penitenciarios analizados en este estudio se caracterizan por atender a una población media anual de reclusos menor de 400 internos, tener una estancia media (rotación) de los internos mayor de 200 días, compartir unas similares características sociales y de edad de la población reclusa, y disponer de unos equipos sanitarios equiparables en dotación y funcionamiento.

Los datos han sido obtenidos del Registro de Estadística Sanitaria Mensual de Instituciones Penitenciarias, y corresponden al periodo 2013-2014.

A partir de los datos del registro se han construido una serie de indicadores (Tabla 1) según la propuesta del SNS, consultados en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁷. Además, se han consultado los indicadores propuestos por el Instituto Nacional de Estadística y el Instituto Vasco de Estadística.

Análisis estadístico

Se han comparado los datos e índices del centro penitenciario transferido respecto al resto de centros cuyos servicios sanitarios dependen de IIPP. Para ello se han calculado las diferencias entre los índices de cada centro penitenciario y el centro transferido. Para contrastar si existen diferencias significativas, se ha usado el test t de Student.

Además, se han analizado las diferencias individuales entre cada centro penitenciario dependiente de IIPP frente al centro transferido, realizando la comparación de proporciones mediante el test de ji al cuadrado.

Para todos los casos se han considerado diferencias significativas aquellas con $p < 0,05$. Todos los análisis se han realizado con el software estadístico R, v. 3.2.1.

RESULTADOS

Durante el año 2014, los centros estudiados tenían una media anual de internos en torno a 300, siendo hombres más del 85% de ellos⁸. En la Tabla 2 se muestran las características de cada centro penitenciario.

Los resultados de las diferencias entre cada centro penitenciario respecto al centro transferido se muestran en la Tabla 3. Los valores de los diferentes índices de cada centro pueden verse en las Figuras 1 a 3, en las que el p-valor indica el contraste entre los centros tomando el centro transferido como referencia.

En relación con la disponibilidad de recursos sanitarios, la ratio de médicos y de enfermeros por interno es mayor en el centro transferido, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Al efectuar la comparación por centros (Figura 1), solo uno de ellos ofrece una ratio, tanto de personal médico como de enfermería, superior a dicho centro. En cuanto al acceso a tecnología de apoyo a la consulta, solo el centro transferido dispone de recursos de telemedicina.

La utilización de servicios (Figura 2) también presenta diferencias, en este caso estadísticamente significativas. La media de frecuentación de los servicios de atención primaria no transferidos es superior en todos los centros ($p = 0,004$), mientras que la frecuentación de consultas especializadas del centro transferido duplica la media de las consultas especializadas de los demás centros ($p = 0,010$) y es, desde luego, superior a todas ellas.

Desde el centro transferido, la derivación a los servicios de urgencias hospitalarios es, en general, superior a la de los centros no transferidos, con excepción de uno (Figura 3). El porcentaje de derivaciones urgentes al hospital que finalmente quedan ingresadas es muy superior en el centro penitenciario transferido, duplicando la media de los otros centros. También hay una gran diferencia en la tasa de derivaciones programadas a consulta especializada, que es superior en este centro en comparación con los no transferidos.

Tabla 1. Indicadores analizados.

Indicador	Definición	Fórmula
1. Recursos sanitarios		
1.1. Ratio de médicos de AP	Especialista en medicina de AP trabajando a tiempo completo en el CP	$A = \text{N}^\circ \text{ de profesionales}; B = \text{población}$ $[A/B]*100$
1.2. Ratio de enfermeros/as	Enfermero/a de IIPP trabajando a tiempo completo en el CP	$A = \text{N}^\circ \text{ de profesionales}; B = \text{población}$ $[A/B]*100$
1.3. Dispositivos y disponibilidad tecnológica	Equipamiento de telemedicina disponible (teleconsulta)	Sí = disponer de alguno de los cuatro equipamientos; No = ninguno
2. Utilización de la atención sanitaria		
2.1. Frecuentación de AP	Nº de veces que un paciente acude a consulta de AP ^a por población	$A = \text{N}^\circ \text{ de consultas de AP}; B = \text{población}$ $[A/B]$
2.2. Frecuentación de atención especializada	Nº de veces que un paciente es derivado a consulta externa de un especialista ^b por población y por 100 habitantes	$A = \text{N}^\circ \text{ de consultas de especialista};$ $B = \text{población}$ $[A/B]$ y $[A/B]*100$
2.3. Tasa atención especializada en el propio CP	Relación entre las consultas especializadas atendidas dentro del CP respecto a todas las consultas derivadas	$A = \text{N}^\circ \text{ de consultas especializadas dentro del CP}; B = \text{N}^\circ \text{ de consultas especializadas}$ $[A/B]$
2.4. Tasa de atención especializada en el exterior del CP	Relación entre las consultas especializadas atendidas fuera del CP respecto a todas las consultas derivadas	$A = \text{N}^\circ \text{ de consultas especializadas en el exterior}; B = \text{N}^\circ \text{ de consultas especializadas}$ $[A/B]$
2.5. Frecuentación de urgencias	Nº de veces que un paciente acude a urgencias por 100 habitantes	$A = \text{N}^\circ \text{ de consultas de urgencias};$ $B = \text{Población}$ $[A/B]$ y $[A/B]*100$
3. Efectividad, calidad y resultados de la atención sanitaria		
3.1. Porcentaje de urgencias atendidas que son derivadas	Relación entre las urgencias atendidas en el CP y las que son derivadas al hospital	$A = \text{N}^\circ \text{ de urgencias derivadas al hospital};$ $B = \text{N}^\circ \text{ de urgencias}$ $[A/B]$
3.2. Porcentaje de urgencias derivadas que son ingresadas en el hospital	Relación entre las urgencias derivadas y los ingresos que han generado	$A = \text{N}^\circ \text{ de urgencias ingresadas en el hospital}; B = \text{N}^\circ \text{ de urgencias derivadas}$ $[A/B]$
3.3. Frecuentación de atención especializada respecto a AP	Relación entre las consultas de AP atendidas en el CP y las que son derivadas a atención especializada	$A = \text{N}^\circ \text{ de consultas de especialista};$ $B = \text{N}^\circ \text{ de consultas de AP}$ $[A/B]$
3.4. Accesibilidad al nivel especializado	Nº de consultas derivadas a los especialistas ^b por cualquier sistema (teleconsulta, presencial en el centro o ambulatoria en el hospital)	$A = \text{N}^\circ \text{ total de consultas derivadas (desde AP + urgencias);}$ $B = \text{N}^\circ \text{ total de consultas por motivos clínicos (de AP + Urgencias)}$ $[A/B]$

Nota. AP: atención primaria; CP: centro penitenciario; IIPP: Instituciones Penitenciarias.

^aConsultas de AP: suma de todas las visitas efectuadas en el CP con independencia de su modalidad, ya sea de demanda, programada o regimentales.

^bConsultas derivadas a especialistas = nº total de consultas de cada especialidad, ya sean primeras o revisiones realizadas en el año en el hospital, centros de especialidades o en el propio CP. No incluye visitas exclusivamente dirigidas a la realización de una prueba, visitas de dentista, sesiones de rehabilitación, sesiones de hemodiálisis ni sesiones de radioterapia.

DISCUSIÓN

Las necesidades asistenciales que la sanidad penitenciaria debe atender surgen, de una parte, del mayor volumen de patología que la población atendida presenta en prisión respecto a la media de la población en

la comunidad, y de otra parte, del entorno estructural donde debe atenderse, que está marcado por el aislamiento y el control. El término “atención primaria” no define suficientemente el trabajo de un sanitario en el medio penitenciario. De hecho, la labor del profesional sanitario es parte del trabajo en equipo que se

Tabla 2. Recursos sanitarios y uso de los mismos en cada centro penitenciario.

	CP Transferido	CP 1	CP 2	CP 3	CP 4
Población media anual	315	306	353	308	363
Nº de médicos	3	2	3	3	4
Nº de DUE	4	3	3	3	5
Consultas médicas	6.259	8.715	11.590	8.693	10.001
Consultas especializadas	869	165	535	343	633
Consultas especializadas en el propio CP	479	No hay	No hay	67	181
Consultas especializadas en el exterior	390	165	535	276	452
Visitas a urgencias	563	459	1.584	1.171	2.050
Visitas a urgencias derivadas	38	22	110	37	54
Derivaciones hospitalizadas	16	6	16	3	20

Nota. CP: centro penitenciario; DUE: diplomado universitario en enfermería.

Tabla 3. Diferencias en recursos sanitarios y uso de los mismos entre el centro transferido y los demás centros penitenciarios.

	CP Transferido	Resto CP	Diferencias				p-valor
			CP 1	CP 2	CP 3	CP 4	
1. Recursos sanitarios							
1.1. Ratio de médicos	0,95	0,89	0,30	0,10	-0,02	-0,15	0,590
1.2. Ratio de enfermeras	1,27	1,04	0,29	0,42	0,30	-0,11	0,147
1.3. Disp. tecnológica	Sí	No	No	No	No	No	<0,001
2. Uso de la atención sanitaria							
2.1. Frecuentación AP/hab.	19,87	29,27	-8,61	-12,96	-8,35	-7,68	0,004
2.2. Frecuentación AE/hab.	2,76	1,23	2,22	1,24	1,65	1,02	0,010
2.3. Tasa de AE interior	0,55	0,12	0,55	0,55	0,35	0,26	0,010
2.4. Tasa de AE exterior	0,45	0,88	-0,55	-0,55	-0,35	-0,26	0,010
2.5. Frecuentación urgencias/hab.	1,79	3,86	0,29	-2,70	-2,01	-3,86	0,099
3. Efectividad, calidad y resultados de la atención sanitaria							
3.1. Tasa de urgencias derivadas	6,75	4,38	1,96	-0,19	3,59	4,12	0,092
3.2. Tasa de derivaciones hospitalizadas	42,11	21,74	14,84	27,56	34,00	5,07	0,051
3.3. Tasa de AE respecto a AP	13,88	4,20	11,99	9,26	9,93	7,55	0,002
3.4. Tasa de derivación respecto de cualquier consulta	13,3	4,12	11,26	8,40	9,45	7,60	0,001

Nota. AE: atención especializada; AP: atención primaria; CP: centro penitenciario; Disp.: disponibilidad; hab.: habitantes. *Resto CP: muestra la media del índice para los centros no transferidos; Diferencias: se refiere a la diferencia entre el centro penitenciario correspondiente y el centro transferido; p-valor: se refiere al contraste entre las diferencias.

lleva a cabo en la prisión junto al de otros profesionales no sanitarios, encargados de la seguridad o de la organización general del establecimiento⁹. El sanitario penitenciario contribuye con su faceta médico-legal, tan necesaria en un establecimiento que funciona al servicio de la Administración de Justicia. Un centro

penitenciario tiene su razón última de ser en el cumplimiento de las penas privativas de libertad, y este hecho define a cuantos servicios pueden prestarse en su interior, incluso y especialmente a los servicios sanitarios, que quedan así claramente diferenciados de cualquier otro recurso asistencial, que en la comuni-

dad tienen su funcionamiento plenamente dedicado a la atención de los pacientes¹⁰.

Por tanto, no debe olvidarse que la prisión es un dispositivo de contención y su objetivo primordial no

es la asistencia sanitaria de los internos, sino su custodia. Esto, sin duda, influye en las condiciones en las que trabajan los profesionales de la salud, tanto si dependen de IIPP como si están integrados en un

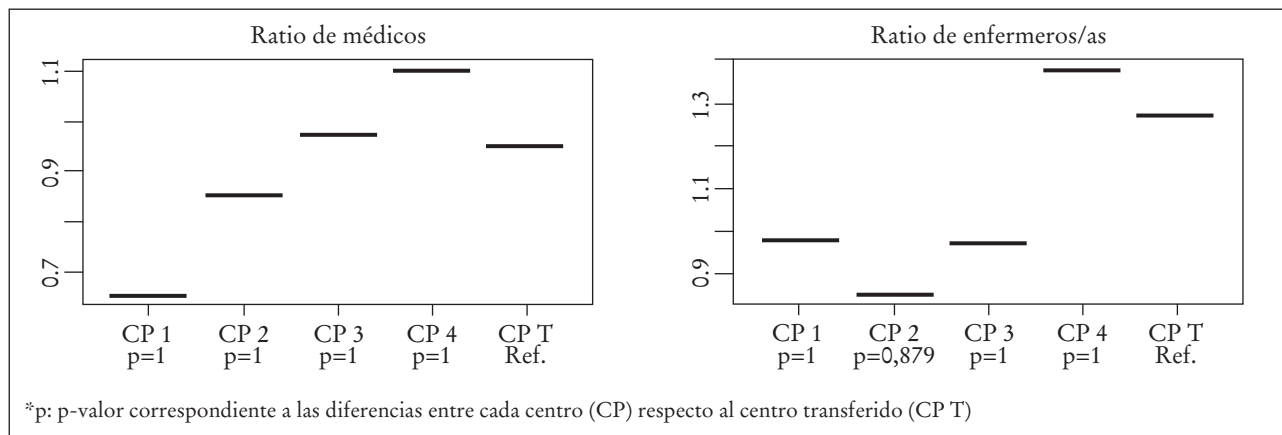


Figura 1. Diferencias entre centros penitenciarios en cuanto a recursos sanitarios.

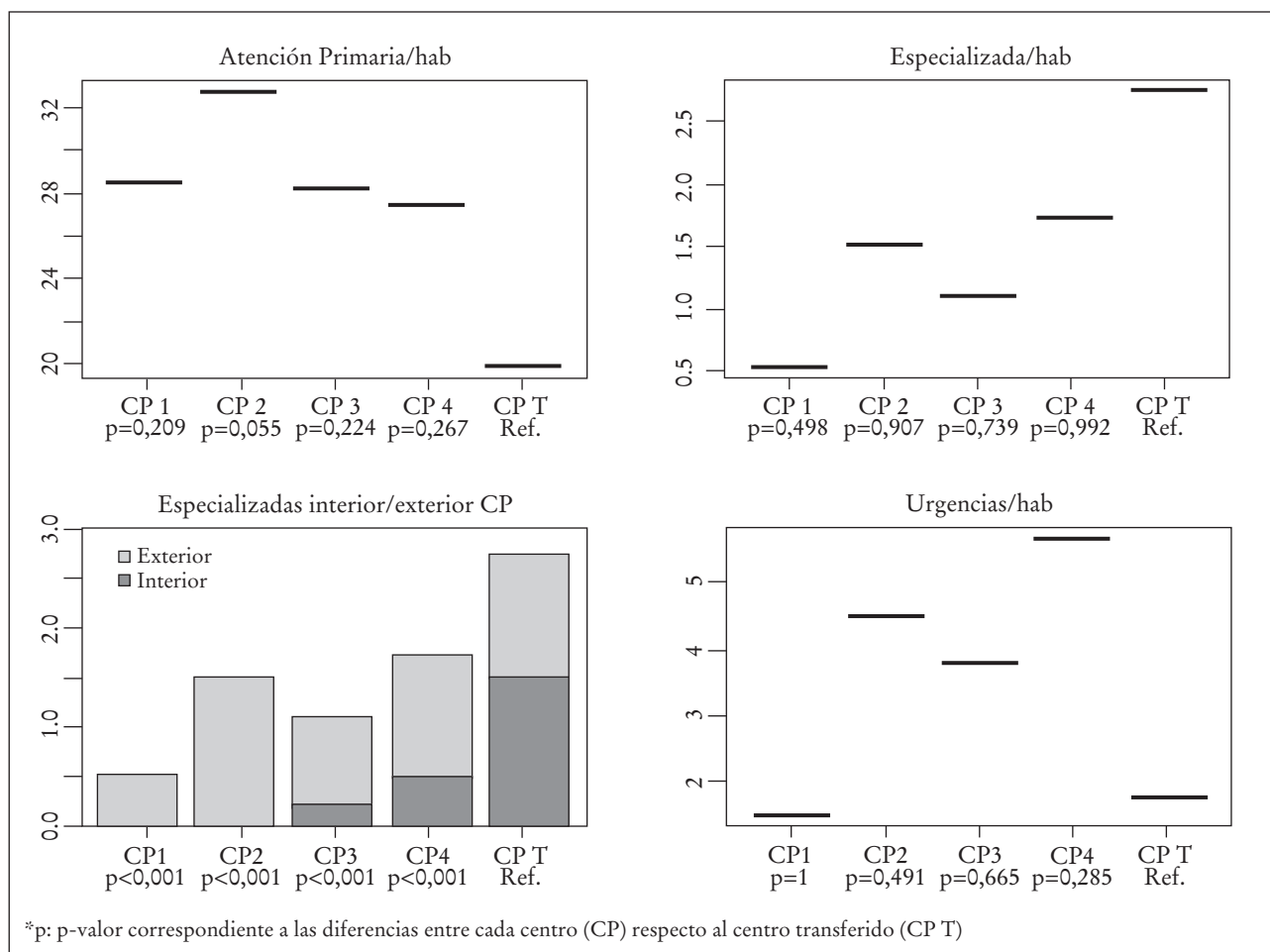


Figura 2. Diferencias entre centros penitenciarios en cuanto a utilización de la atención sanitaria.

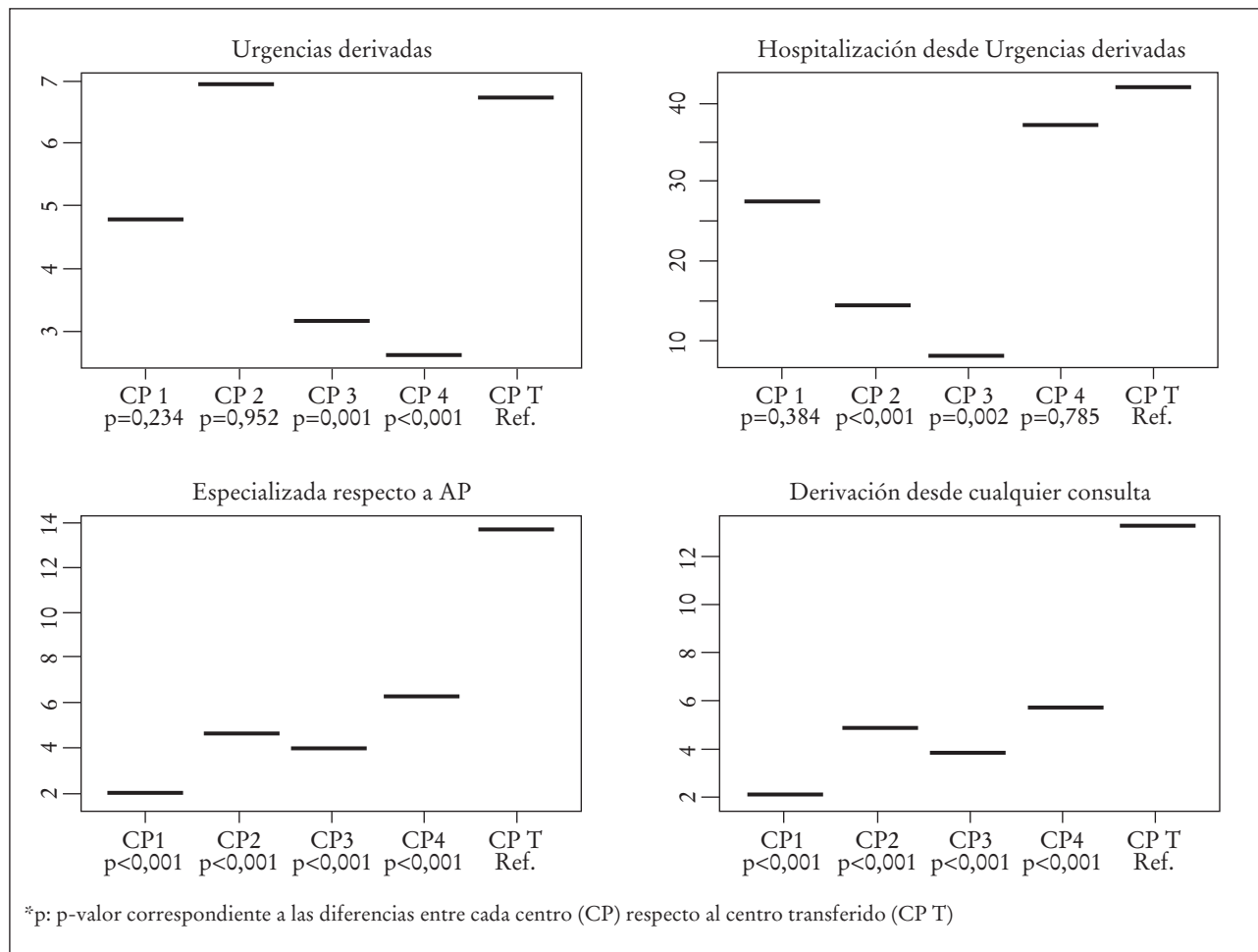


Figura 3. Diferencias entre centros penitenciarios en cuanto a efectividad, calidad y resultados de la atención sanitaria.

servicio sanitario comunitario, como es el caso del País Vasco. En el ámbito normativo, solo en la Ley Orgánica General Penitenciaria en España¹ y en el Consejo de Europa en la Unión Europea, a través de una recomendación sin vinculación jurídica, se alude al procedimiento de prestación de la asistencia médica en las prisiones¹¹.

La población reclusa presenta una tasa mayor de problemas sociales, familiares y de salud, tanto física como mental, en comparación con la población general de iguales tramos de edad, como corresponde a los grupos sociales en exclusión y por tanto más vulnerables a la enfermedad, que son de los que provienen la mayoría de los internos. Alrededor del 50% tienen una historia reciente de adicción a drogas, un 4% presentan un trastorno grave de salud mental¹², y enfermedades crónicas como la diabetes, la epilepsia, los problemas bucodentales, la insuficiencia coronaria o el asma, son también más frecuentes entre los reclusos que en la comunidad. Respecto a las enfermedades

transmisibles, las tasas de infección tuberculosa, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis C e infecciones de transmisión sexual, en la población reclusa superan también ampliamente los índices de la población general^{13,14}.

Del análisis de los resultados del presente estudio se evidencia que los centros penitenciarios comparados son equivalentes por sus características estructurales y demandas asistenciales, no presentan tampoco diferencias estadísticamente significativas respecto al número medio anual de internos que atienden, ni en relación con los recursos de profesionales sanitarios de que disponen, tanto en médicos de atención primaria como en personal de enfermería. Pertenecen a zonas geográficas muy diversas, por lo que las circunstancias de funcionamiento relacionadas con la localización del centro quedan también atenuadas.

El primer dato llamativo al comparar el centro transferido con los que dependen de IIPP es la tendencia a la menor frecuentación de consultas de aten-

ción primaria y la mayor ratio de derivación a consulta especializada. La diferencia resulta evidente probablemente porque la accesibilidad a la asistencia especializada es mejor en una estructura integrada, en la que la organización de los servicios comprende tanto al nivel especializado como al primario. En este caso, el centro transferido garantiza una mayor continuidad entre niveles, si la comparamos con la prestación que se ofrece en el resto de las prisiones, donde la atención primaria y la especializada dependen de instituciones distintas sin relación administrativa orgánica ni funcional.

Respecto a las derivaciones urgentes hechas desde el centro transferido, el hecho de que la mayoría de ellas acaben siendo ingresadas es probablemente debido a una adecuada valoración por el equipo médico de prisiones, lo que implica una prestación de mayor calidad asistencial que la de las prisiones con las que se compara, donde la ratio de ingreso en hospital derivado de la urgencia es significativamente menor. Hay también mayor presencia de tecnología de comunicación informática entre la prisión y el resto del sistema asistencial público en el dispositivo asistencial penitenciario transferido.

Las patologías crónicas que necesitan asistencia especializada tienen una mayor cobertura cuando se asegura una mejor continuidad asistencial entre los niveles primario y secundario. Las tasas de consulta especializada en este centro son más numerosas y más eficientes que en el resto de los centros penitenciarios. Este hecho no está relacionado con una mayor presión asistencial sobre la atención primaria, ya que la frecuentación de esta asistencia no es mayor en el centro transferido, sino que se relaciona con una mejor accesibilidad a la atención especializada. En los dispositivos asistenciales gestionados por IIPP, el acceso a la atención hospitalaria y especializada es más difícil e ineficiente, en parte porque cada nivel asistencial está gestionado por una entidad diferente: IIPP gestiona la sanidad de la prisión, y la atención especializada y los servicios de urgencias hospitalarias están gestionados por la comunidad autónoma. Todo ello se traduce en una menor tasa de consultas programadas al nivel superior, y en un aumento del número de salidas urgentes al hospital sin que la gravedad del caso precise ingreso hospitalario. Algunos autores podrían pensar que hay una contradicción al considerar como un resultado propio de un servicio de calidad una mayor tasa de derivación al especialista desde atención primaria. Es preciso tener en cuenta que los servicios penitenciarios, tradicionalmente, sufren dificultades organizativas al acceder al nivel especializado, y de ahí la elevada tasa de urgencias que se envían al hos-

pital. Por este procedimiento se pretende contrarrestar la dificultad de derivación reglamentada que los médicos de prisiones pertenecientes al Ministerio de Interior padecen. También explica en parte este hecho que las urgencias derivadas con esta intención tengan una tasa de ingreso más baja que las enviadas desde el servicio asistencial primario transferido, que goza de una mayor integración y mejores protocolos de derivación, mejor acceso a la consulta especializada programada, que es significativamente más frecuente, y a los servicios de urgencia cuando es preciso. Por tanto, en este caso, esa mayor frecuentación hacia el nivel especializado no indica tanto un bajo nivel de resolución de la consulta de primaria, sino mejores índices de continuidad asistencial. Es cierto que una tasa mayor de derivación al especialista no tiene por qué suponer una mejor coordinación, pero lo que es evidente es que una menor tasa de consulta programada al segundo nivel, junto con una mayor tasa de derivaciones al servicio de urgencias, indican una baja calidad en la coordinación entre niveles.

Conviene aclarar que, respecto a las características estructurales y de población de los centros penitenciarios elegidos para este estudio, de los 66 establecimientos penitenciarios de la red de IIPP disponibles para hacer un análisis comparativo se han elegido aquellos que, por población, arquitectura, rotación de internos y recursos asistenciales, más se parecían al centro transferido. Cuando se ha hablado de telemedicina, se ha entendido la disponibilidad en el centro de teleconsulta o consulta virtual del especialista.

Una limitación en la metodología de este estudio es la fuente de datos, en la que es difícil garantizar la ausencia de sesgos de clasificación por una posible infranotificación o errores de transcripción, por lo que sería aconsejable replicar estudios similares a este con muestras poblacionales mayores al objeto de comprobar las conclusiones que se han extraído.

La eficiencia, que es una de las exigencias principales en toda gestión sanitaria, tiene máximo interés en el medio penitenciario, ya que el constante aumento de los costes de los servicios y de las expectativas de mejoría en la salud de los usuarios, en un entorno que no es el más adecuado para la recuperación de la enfermedad, añade presión a los servicios asistenciales penitenciarios⁴.

En la revisión sistemática de la literatura científica relacionada con la asistencia sanitaria en prisión se evidencia la ausencia de artículos que aporten información sobre indicadores de funcionamiento de este tipo de recursos asistenciales, y por tanto este trabajo es pionero en Europa al evaluar este tipo de indicadores y compararlos entre dos modelos asistenciales

diferentes. También contribuye a cubrir una necesidad que la OMS ha manifestado públicamente: “combatir la falta de conocimientos que existe tanto en la sociedad como entre muchos de los gestores implicados, del estatus de la sanidad penitenciaria y de su importancia para la salud pública de la comunidad. El conocimiento exacto de las necesidades de salud de los reclusos, muchos de los cuales pertenecen a grupos sociales vulnerables, debe ser una prioridad para la organización de los servicios asistenciales de salud en cada país”².

En un creciente grupo de países europeos, la provisión del servicio sanitario en las prisiones es responsabilidad del Ministerio de Sanidad. En Europa, la integración de la sanidad penitenciaria en las estructuras administrativas públicas sanitarias es una realidad, pero también un proceso lento. Los expertos señalan “fuertes evidencias” sobre las ventajas a largo plazo de la integración en los sistemas públicos de salud europeos de la asistencia sanitaria en las prisiones, como por ejemplo, entre otras, la mejora de los niveles de salud pública tanto dentro como fuera de las prisiones, su potente contribución en la lucha contra la desigualdad social en salud, e incluso el descenso de la reincidencia delictiva⁴. Sin embargo, se advierte también de las muchas dificultades de esta integración, de su rechazo social, complejidad legal y dificultad de encaje administrativo y presupuestario.

Los servicios sanitarios penitenciarios en Europa han ido creciendo gradualmente a lo largo de los años, de forma empírica y pragmática, sin una planificación real que atendiera a las necesidades asistenciales de los usuarios. En España, por ley (LOGP), debe ser el SNS el que cubra la atención sanitaria de las personas que se encuentran en prisión, y solo de forma puntual podría recurrirse a la contratación de algún servicio privado, siempre que no fuera posible su cobertura a través del SNS. Los datos que se presentan en este estudio pretenden también contribuir a la mejora de la planificación futura de este tipo de asistencia dentro del SNS².

Es deseable replicar con una mayor muestra poblacional estudios de esta naturaleza para encontrar un modelo estable de prestación asistencial a las personas que se encuentran en prisión.

En el presente estudio se ha evidenciado una mayor accesibilidad de la asistencia especializada en el centro penitenciario gestionado por el servicio comunitario de salud, si lo comparamos con el gestionado por IIPP. Esta afirmación se sustenta en unos indicadores de efectividad y resultados que han proporcionado datos significativamente mejores en el centro transferido en comparación con los que gestiona IIPP.

Hoy en día, cuando los cambios en el campo de la salud se producen a una velocidad vertiginosa, permanecer fuera de una organización sanitaria, con toda su potencialidad diagnóstica, terapéutica y formativa, es un hándicap para los profesionales sanitarios y por tanto para el trabajo que desarrollan³.

La conclusión es que cuando la asistencia sanitaria en una prisión se provee a través del sistema comunitario de salud tiene mayor calidad por la mejora en la continuidad asistencial y por la mayor disponibilidad de recursos técnicos y formativos. Esto nos lleva a concluir que un cambio en el modelo de gestión de la sanidad penitenciaria mejoraría la asistencia sanitaria de los reclusos.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Arantzazu Bengoa (AB) y José Manuel Arroyo (JMA) desarrollaron la pregunta de investigación. Por otra parte, Maider Mateo-Abad (MMA) e Itziar Vergara (IV) junto con JMA y AB diseñaron el estudio. Daniel Zulaika (DZ) junto con AB y JMA recogieron los datos. MMA e IV realizaron el análisis de los mismos. Todos los autores participaron en la confección del manuscrito y en sus revisiones, y dieron su conformidad a la versión definitiva y por tanto se hacen responsables y garantes de sus contenidos.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses en relación con los datos presentados.

CORRESPONDENCIA

Maider Mateo-Abad
Pº Dr. Begiristain s/n
20014 Donostia/San Sebastián, España
E-mail: maider.mateoabad@osakidetza.eus

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley Orgánica L. N.º 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado n.º 128, de 29 de mayo de 2003.
2. Organización Mundial de la Salud. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. 2013. (Consultado en junio de 2016.) Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_

- file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1
3. Repullo JR. Sanidad penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014;16:103-9.
 4. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. L. N.º 16/2003, de 28 de mayo, disposición adicional sexta. *Boletín Oficial del Estado* n.º 128, de 29 de mayo de 2003.
 5. Real Decreto sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. L. N.º 894/2011, de 24 de junio. *Boletín Oficial del Estado* n.º 155, de 30 de junio de 2011.
 6. Orden JUS/290/2014, de 29 de septiembre, por la que se hace efectiva la asignación al Departamento de Salud de las funciones en materia de salud y sanitarias de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios y de menores y jóvenes internados en centros de justicia juvenil, y la integración en el sistema sanitario público de los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil, incluyendo la ordenación del traspaso de recursos humanos, materiales y obligaciones contractuales vinculadas. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.* 2014. (Consultado en junio de 2017.). Disponible en: <http://portaldogc.gencat.cat/util-sEADOP/AppJava/PdfProviderServlet?versionId=1373556&type=01>
 7. Sistema Nacional de Salud. Indicadores clave. Versión 1.0. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2007. (Consultado en febrero de 2016.) Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/>
 8. Estadística Sanitaria 2014. Subdirección General de Coordinación de Sanidad. SGIIPP. Ministerio de Interior. (Consultado en febrero de 2016.) Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/Noticias/Carpeta/Estadistica_Sanitaria_2014_Centros.pdf
 9. Arroyo JM, Astier P. Calidad asistencial en sanidad penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Rev Esp Sanid Penit.* 2003;5:60-76.
 10. World Health Organization Regional Office for Europe. Prisons and health. Copenhagen; 2014. (Consultado en febrero de 2016.) Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf
 11. Council of Europe Committee of Ministers. 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; 1998.
 12. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health.* 2011;21:321-32.
 13. Marshall T, Simpson S, Stevens A. Health care in prisons: a health care needs assessment. Department of Public Health & Epidemiology. Public Health Building University of Birmingham; 2000. (Consultado en febrero de 2016.) Disponible en: <http://insight.oxfordshire.gov.uk/cms/system/files/documents/Health%20care%20in%20prisons.pdf>
 14. Graham L. Prison health in Scotland. A health care needs assessment. 2007. (Consultado en febrero de 2016.) Disponible en: <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/ScottishPrisonHealthNeeds.pdf>