

CARTAS AL DIRECTOR

INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD PENITENCIARIA: UN RETO DECIDIDAMENTE ASUMIDO POR ALGUNOS

He leído con atención la carta que la Junta Directiva de la SESP ha enviado a la redacción de la RESP y al Diario Médico y, aunque en términos generales esté de acuerdo, me ha parecido interesante enviar estas reflexiones, por si fuera de interés su publicación.

En mi calidad, en este momento, de responsable de la sanidad penitenciaria en el territorio del Estado, salvo Cataluña, y porque gran parte de las opiniones que se contienen en la carta se dirigen a la gestión de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, de cuyo equipo de dirección formo parte, creo que debo explicar determinadas actuaciones para que no generen confusión y dobles interpretaciones.

Hace ya más de dos décadas que soy consciente de la importancia que para la sanidad penitenciaria tiene su integración en los servicios sanitarios de la comunidad. Mi entrada en el equipo directivo de la Secretaría General no ha hecho más que confirmar esta creencia. Por tanto, estoy en lo sustancial completamente de acuerdo con la carta enviada a esta revista por la Junta Directiva de la SESP. Al fin y al cabo se trata de garantizar los derechos de los internos como usuarios de los servicios de salud, la accesibilidad de este colectivo a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias penitenciarias y la equidad en el acceso a los cuidados.

He tenido ocasión de hablar reposadamente de este tema con todos los presidentes de la SESP que han ocupado esa responsabilidad y con muchos miembros de sus juntas directivas a lo largo de estos trece años de existencia de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, y me consta que no pensamos de forma distinta.

Probablemente, los que han seguido la historia de la Sanidad Penitenciaria podrán creer conmigo que esta transferencia marca un periodo de inflexión para el futuro de esta parte tan especializada de la sanidad pública. Ha habido antes momentos de la misma o mayor importancia, fechas como el 13 de diciembre de 1886, en el que se creaba la figura del médico penitenciario, dando lugar al reconocimiento por parte de la administración de la necesidad de prestar una asistencia sanitaria reglada y pública en las prisiones. Desde entonces nuestro trabajo ha sufrido una serie de avatares, pero se ha mantenido siempre como un sistema

sanitario aislado y propio del medio penitenciario, hasta el punto de que ni la Ley General de Sanidad de 1986, donde se habla de una Sistema Nacional de Salud extendido a toda la población y cuyo objetivo esencial es hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, contempló referencia alguna a esta actividad asistencial que se ejercía, y se ejerce, para los más desfavorecidos de la sociedad, cuando además están en prisión.

En los primeros años de la década de los 80, una combinación de factores hizo que la Sanidad Penitenciaria comenzara a vivir un cierto despegue en cuanto a la mejora de sus estructuras se refiere. De una parte, la creciente preocupación sobre la propagación del SIDA en el medio penitenciario, que alcanzó en España una de las cifras más importantes de Europa. Este hecho permitió que fueran transferidos inmediatamente y de manera sostenida, en los años posteriores, una gran cantidad de recursos para reforzar las plantillas sanitarias en los centros penitenciarios. Técnicos del Ministerio de Sanidad se pusieron al frente en la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias y comenzaron a cimentar lo que ahora es una organización, que se ha convertido en un referente para los servicios sanitarios penitenciarios de Europa, tanto por la profesionalidad de sus componentes como por las acertadas políticas de salud pública que se pusieron entonces en marcha y hoy continúan. Otro hecho determinante para el desarrollo de la asistencia sanitaria en prisión fue la creación de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria a finales de los noventa. El impulso de una sociedad técnica genera siempre una vertebración en los objetivos e intereses de todo colectivo profesional; la SESP, con sus aciertos y errores, estoy convencido de que ha ayudado a que el nivel de la asistencia en las prisiones españolas, siempre mejorable, esté hoy en día a la altura o incluso por encima de la media europea.

¿Cuál es el siguiente cambio cualitativo que debe dar la Sanidad Penitenciaria en nuestro país? Sin duda la transferencia anunciada tímidamente en una disposición adicional al final de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003. Se diría que el legislador en ese momento no tenía un convencimiento claro de lo que anunciaba en una de las disposiciones finales de esa ley. Algo de

tal calado que hubiera merecido figurar en el propio cuerpo del texto legislativo, se despachó con unas líneas en una de las últimas disposiciones finales y además con unos plazos en el tiempo, que cualquiera que fuera conocedor de la situación convendría en eran formidablemente optimistas.

Sin embargo se mantiene una serie de importantes inconvenientes para culminar esta transferencia, empezando por el propio mecanismo transferencial de cualquier competencia desde el Estado central a las administraciones autonómicas. Una gran mayoría de las competencias transferibles son vistas por las autoridades de las CCAA como deficitarias desde el punto de vista de la financiación. Los fondos que la administración central está gastando en ellas pasan a considerarse insuficientes por los gobiernos autónomos cuando se tienen que hacer cargo del servicio con gestión autonómica, por lo que se reclama un sobrecoste al Estado central para hacerse cargo de ellas. Esto es tanto más frecuente cuanto menos interesado esta el gobierno autónomo en asumir la competencia.

La gestión de la sanidad penitenciaria, por su especificidad, es poco conocida por los responsables sanitarios de las CCAA, los prejuicios y las opiniones interesadas de que se trata de una labor farragosa, compleja y llena de conflictos, priman sobre la realidad, que es muy diferente.

En definitiva, cualquier situación en la vida real no se gestiona acertadamente por que lo diga una ley y menos estableciendo un plazo, sin que las partes involucradas hayan sido preguntadas. En definitiva, lo que marcaba la ley de Cohesión no se ha cumplido hasta ahora. Entonces, ¿cómo podría desbloquearse esta situación?

En mi opinión, cualquiera que se ponga a analizar en profundidad y de forma desapasionada los problemas que impiden esta transferencia comprobará lo siguiente:

Para introducir cambios en la gestión pública, debe haber primero un impulso político que ponga de acuerdo las partes implicadas. Posteriormente se deben ir abordando todos los problemas técnicos que genera ese cambio de gestión.

Por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en las últimas dos legislaturas ha existido siempre la disposición política de avanzar en este terreno, nunca se encontró, hasta ahora, la misma disposición en ninguno de los gestores políticos de la sanidad de las CCAA con las que se contactó para iniciar el proceso transferencial.

Sin embargo, el avance en los problemas técnicos que debe darse después de toda transferencia, una vez acabado el proceso político de la misma, se puede ini-

ciar sin necesidad de que vaya ligado a este último. Si el objetivo es que los servicios sanitarios de los centros penitenciarios trabajen igual que los servicios de atención primaria en cada Comunidad Autónoma, ¿por qué no avanzar en el camino de la armonización de ambos servicios?, ¿por qué esperar a que se firme un acuerdo político, si podemos empezar a recorrer ya el proceso que sigue a ese acuerdo? Además, poniendo en marcha esta iniciativa nadie sale dañado, una mejor coordinación entre los servicios sanitarios penitenciarios y los de la comunidad beneficia a los profesionales de la prisión y a los del hospital, mejora la atención de los internos y acerca la realidad de la gestión de los servicios sanitarios penitenciarios a las consejerías de salud de las CCAA.

Desde la Coordinación de Sanidad, se ha trabajado con ese planteamiento y se han propuesto Comisiones de Armonización Asistencial en diferentes comunidades autónomas, con el objetivo de unificar los procedimientos de trabajo en atención primaria, tanto dentro como fuera de prisión. Convergencia en el modelo asistencial, hacer visible la sanidad penitenciaria y permitir que se ofrezca como una herramienta más dentro de las prestaciones de cada comunidad, permite avanzar en su integración en el conjunto de los recursos asistenciales extrapenitenciarios.

¿Cuáles son los problemas técnicos que se deben ir resolviendo? Algunos se han repetido sistemáticamente en todas las comisiones:

- La dificultad para explicar un modelo asistencial muy particular, que no encaja con el de un centro de salud, con el de un ambulatorio, con el de un hospital o con el de una residencia asistida, teniendo una parte de todos ellos.
- La relación de cliente con la administración penitenciaria a la que la Sanidad Penitenciaria proporciona unos servicios, que son generalmente, aunque no sólo, derivados de las obligaciones médico legales que marca la ley.
- Situación profesional en la que queda el personal transferido
- El propio aislamiento del medio penitenciario, que propicia una serie de prejuicios y estigmas, ya sean en los profesionales ya en los internos.

Finalmente, esta transferencia presenta los problemas administrativos de todas las transferencias, se trate de la materia a transferir que sea, es decir, la negociación entre terceros, entre departamentos ajenos a los transferidos. Estos departamentos deben negociar materias presupuestarias y administrativas, modelos de financiación, encaje en las estructuras administrativas de los diferentes departamentos, situación

profesional de los funcionarios transferidos, etc., etc. Hablamos de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Interior y de la Subdirección General de Traspasos del Ministerio de Política Territorial, por parte del Estado Central, y la Consejería de Presidencia por parte de la administración Autonómica. Estamentos que nada tienen que ver con lo sanitario, se encargan de llegar a acuerdos necesarios para culminar la parte político-administrativa de toda transferencia. En paralelo, los responsables sanitarios deben negociar los aspectos verdaderamente asistenciales de la transferencia. Una vez finalizadas ambas negociaciones, se plasma en un Decreto (por tanto es preciso un decreto por Comunidad Autónoma y no uno general como erróneamente tantas veces se ha interpretado), donde se recogen las partes técnicas previamente consensuadas por los agentes, esta vez sí, actores de la transferencia concreta de la que se trate, en este caso la sanidad penitenciaria, por tanto la negociación técnica debe hacerse entre la Coordinación de Sanidad y la Consejería de Salud correspondiente.

En un proceso tan complejo, donde se puede detener el avance en tantos y tan diferentes cuellos de botella, siempre es importante que se declaren las adhesiones de todos los estamentos sociales implicados y que se hagan públicas, los compañeros de la sanidad penitenciaria representados por la SESP, los sindicatos de profesionales sanitarios, los Colegios, tanto de médicos como de enfermería, las organizaciones internacionales, representantes políticos, etc. Todas las adhesiones son bien venidas. Es cierto, sin embargo, que el Ministerio de Sanidad en este caso, probablemente porque no tiene ya las competencias asistenciales, siempre ha sido extremadamente neutral, sin llegar a posicionarse o impulsar ninguna postura al respecto.

El malestar de los profesionales sanitarios penitenciarios por la falta de carrera profesional puede ser compartido por todos los funcionarios de la Administración General del Estado, donde esta figura de promoción profesional no existe. Estoy especialmente

en desacuerdo con la afirmación que en su carta hace la Junta de la SESP sobre la “obstrucción investigadora” de la que se acusa a la Secretaría General. No creo que haya habido al frente de la Sanidad Penitenciaria hasta este momento nadie tan convencido como yo de que la investigación debe formar parte del quehacer diario de un buen profesional, especialmente si es un sanitario y probablemente más, si trabaja en el medio penitenciario, tan reducido y tan poco estudiado. Mi condición de co-director y fundador hace trece años de la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, recientemente indexada en la base de datos biomédicos más prestigiosa del mundo, Medline, creo que es suficiente para avalar esta postura. Lo que es muy cierto es que falta una regulación objetiva y ajustada a derecho, a partir de la cual se puedan establecer claramente las condiciones en las que investigar en el medio penitenciario, a salvo de cualquier interpretación arbitraria sobre qué es lo que se puede investigar, cómo y dónde. Se está ahora trabajando activamente en la publicación de esta regulación en colaboración con la Agencia Española del Medicamento.

En conclusión, la transferencia a los servicios de salud comunitarios de la sanidad penitenciaria es la evolución pendiente, no será fácil de completar, pero confío en que la estrategia desplegada por la Coordinación de Sanidad en esta legislación permitirá avanzar de manera firme y continuada en el camino de la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en los del resto de la sanidad pública, para eliminar el salto estructural actual que hay hoy en día entre la atención primaria de los reclusos dentro de la prisión y el resto de la asistencia que se les presta fuera.

Se ha trabajado muy duro en el último año con el objetivo de lograr esta transferencia en alguna Comunidad Autónoma antes del fin de la legislatura, tengo la esperanza de que sea así y pueda hacerse una primera, que sin duda abrirá el camino para todas las demás.

JM Arroyo-Cobo

Subdirector General de Coordinación de Sanidad