

# ¿Qué hay de la calidad asistencial en la sanidad penitenciaria? Una revisión sistemática

José Manuel Arroyo<sup>a</sup> y María Pilar Astier-Peña<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico. Centro Penitenciario Zuera. Zaragoza.

<sup>b</sup>Directora. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Correspondencia: Dr. José Manuel Arroyo.  
Centro Penitenciario Zuera.  
Ctra. N-330, Km 639. 50800 Zuera. Zaragoza. España.  
Correo electrónico: jmarroyo@nacom.es

## Resumen

**Objetivo:** Realizar un diagnóstico de la situación de la calidad de la asistencia sanitaria en prisiones por medio de una revisión sistemática de la literatura científica disponible.

**Material y método:** Se ha realizado una búsqueda en las principales fuentes bibliográficas disponibles (Medline, Excerpta Medica, Índice Médico Español, Biblioteca Cochrane) y en las páginas web de las administraciones penitenciarias de diferentes países. Se ha recogido datos sobre los modelos de organización de esta asistencia en distintos países, los sistemas de evaluación utilizados y cuáles son los resultados conseguidos respecto a su nivel de calidad.

**Resultados:** La bibliografía disponible es escasa, la mayor parte publicada por administraciones públicas. Existen diferentes modelos de organización de la asistencia sanitaria tanto entre países como dentro de un mismo país. No existe un modelo común de evaluación de la calidad asistencial en prisiones. La metodología de evaluación más elaborada es la que presenta la administración penitenciaria de Inglaterra y Gales. No se ha encontrado ningún documento que describa un proceso completo de evaluación donde se controle desde el análisis de oportunidades de mejora hasta la comprobación del efecto de las soluciones propuestas.

**Conclusiones:** La documentación publicada al respecto es escasa y está poco difundida. Existen varios modelos de cobertura sanitaria en prisiones. No se ha encontrado un método de evaluación que analice esta asistencia y aporte resultados. Es prioritario impulsar herramientas capaces de detectar necesidades en este medio para luego aplicar un método de evaluación encaminado a la mejora de la calidad asistencial en prisiones.

**Palabras clave:** Evaluación de la calidad asistencial. Prisiones. Revisión sistemática.

## Introducción

La sanidad penitenciaria tiene la misión de prestar asistencia primaria a las personas ingresadas en prisión y coordinar esta asistencia con los recursos extrapenitenciarios de la asistencia especializada de esta población.

Lo habitual ha sido que, en cada país, la peculiaridad de su respectiva legislación penitenciaria haya marcado la organización de este tipo de sanidad, sin que se haya encontra-

## Abstract

**Objective:** To analyze healthcare quality assessment in prisons through a systematic review of the available scientific evidence.

**Material and method:** A literature search was performed in Medline, Excerpta Medica, Índice Médico Español, the Cochrane Library, and the official web pages of prison administrations in various countries. Data on the organizational model of healthcare in prisons in different countries, the methods used in quality assessment and results were gathered.

**Results:** There is little documentation on the subject, and it is not widely disseminated. Models of healthcare organization differ both among different countries and within the same country. There is no common model for evaluating healthcare quality in prisons. The most highly developed system is used in the prison administration of England and Wales. No article describing the whole evaluation process in prisons, including analysis of opportunities for improvement to evaluation of the results of the solutions proposed, was found.

**Conclusions:** Few documents were found on healthcare quality in prisons. Various models of healthcare organization are used in the correctional setting. There is no common methodology to assess healthcare quality and results. Tools for needs' detection should be a priority as part of a broader model aimed at improving healthcare quality in prisons.

**Key words:** Healthcare quality assessment. Prisons. Systematic review.

do una respuesta homogénea válida para satisfacer las necesidades de asistencia que presentan los reclusos<sup>1,2</sup>.

Hoy día nadie pone en duda que la calidad de la atención sanitaria recibida por las personas privadas de libertad debe ser, en todo caso, igual a la que recibirían esas personas si se encontraran en libertad<sup>3</sup>, si bien el hecho de que en algunos países este tipo de asistencia no esté gestionada por el Estado es un factor influyente en sus niveles de calidad. Desde hace algunos años, a raíz de un debate —abierto prin-

principalmente en el Reino Unido— sobre la deficiente atención sanitaria en prisiones, se ha creado una corriente de reflexión y análisis de esta asistencia.

En nuestro país, donde ha terminado el proceso descentralizador de transferencias 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 pero ya en los debates previos a su descentralización.

Hay una serie de características diferenciales de la asistencia sanitaria en prisiones que conviene tener en cuenta a la hora de reflexionar sobre la exigible calidad de esta prestación sanitaria:

– La población atendida: la falta de homogeneidad de los requerimientos dentro de cada prisión, debido a que hay módulos o prisiones de mujeres y de varones, recintos de jóvenes y adultos, individuos 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 hay 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.

– Las enfermedades: además de las consultas comunes del nivel primario correspondientes a los grupos de edad, hay una mayor prevalencia de afecciones asociadas a conductas delictivas, como los trastornos de personalidad o el abuso de drogas, enfermedades vinculadas a la exclusión social y la pobreza, ambas frecuentes entre los reclusos, como por ejemplo la tuberculosis o los problemas bucodentales<sup>4</sup>. También pueden aparecer trastornos como consecuencia del mismo encarcelamiento, sobre todo relacionados con la salud mental.

– El medio penitenciario: otro elemento que determina el tipo de atención sanitaria en prisión es el propio entorno penitenciario. 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<sup>5</sup> y, por tanto, la prestación sanitaria dentro de las prisiones está generalmente reglamentada y supeditada al buen orden y la seguridad del establecimiento, lo que sin duda influye en la forma de trabajo del personal sanitario.

– Regulación: en las legislaciones de los distintos países, no hay uniformidad sobre la manera de prestar estos servicios. En la Unión Europea, ninguna directiva trata de este tema. Existe una recomendación del Consejo de Europa, sin vinculación jurídica alguna, en la que se establece una serie de normas en materia de asistencia a los reclusos<sup>3</sup>.

– La prestación de servicios: con frecuencia los gobiernos recurren al sector privado para cubrir determinados tipos de asistencia donde la medicina pública se ve desbordada, especialmente en materia de atención a la salud mental y odontológica. En los países donde no hay un sistema público y universal de sanidad, como Estados Unidos, la implicación

del sector privado en la asistencia sanitaria en prisiones es todavía mayor<sup>2</sup>.

El objetivo de este trabajo es realizar un diagnóstico de la situación de la calidad de la asistencia sanitaria en prisiones por medio de una revisión sistemática de la literatura científica disponible y proponer futuras áreas de mejora.

## Material y método

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:

### Fuentes bibliográficas

a) Artículos publicados: búsqueda en línea en Medline, Excerpta Medica, Índice Médico Español y Biblioteca Cochrane de revisiones sistemáticas. Se ha 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) otras publicaciones primarias disponibles: en páginas web, utilizando motores de búsqueda genéricos en la red u otras fuentes no electrónicas, se ha obtenido documentos de trabajo de grupos universitarios, monografías y actas de seminarios y congresos, y c) documentación oficial de los Ministerios de Sanidad y del Interior o entidades públicas de otros países responsables de la gestión de las prisiones, y documentación del Consejo de Europa.

### Criterios de inclusión y exclusión de la bibliografía

Se ha incluido documentos cuyo objetivo es la descripción de la calidad asistencial en prisiones o su evaluación: que analizan modelos de asistencia, plantean herramientas de evaluación, proponen indicadores de calidad, señalan oportunidades de mejora y/o soluciones a necesidades asistenciales, escritos en español, inglés o francés.

Se ha excluido los trabajos que analizan áreas muy concretas de la asistencia, las descripciones narrativas sin base objetiva y los documentos con una antigüedad superior a 9 años.

### Método de análisis

De cada trabajo seleccionado según los criterios previos, se ha recogido una serie de datos: 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) si incluye un apartado donde se identifica las oportunidades de mejora y, si es así, qué método se ha utilizado; d) si se ha priorizado las oportu-

Tabla 1. Documentos revisados según contenidos y método de búsqueda

Contenidos	Medline-Cochrane		Google	
	Encontrados	Seleccionados	Encontrados	Seleccionados
Calidad asistencial	58	11	32	9
Herramientas de evaluación de la calidad	1	1	1	1
Indicadores de calidad	5	5	1	1
Total	64	17	34	11

tunidades de mejora; e) si se ha definido indicadores que permitan medir criterios de calidad asistencial; f) si se hacen recomendaciones para mejorar la asistencia, y g) si se ha recogido un proceso completo de monitorización de calidad.

Las oportunidades de mejora citadas en los diferentes documentos se han agrupado con el esquema clásico de Donabedian: estructura, proceso y resultados. Cada oportunidad va acompañada de su posible acción de mejora si el autor lo ha mencionado.

## Resultados

Se ha seleccionado un total de 28 documentos (tabla 1). El 39% de los documentos son publicaciones técnicas, el resto son documentos de circulación restringida, en forma de recomendaciones de expertos, trabajos encargados por las administraciones públicas de los diferentes países o informes internos (tabla 2).

El 86% de los trabajos incluidos en este estudio sobre calidad asistencial hablan de oportunidades de mejora (tabla 3). La mayor parte de las descripciones de oportunidades de mejora recogidas se propone por comparación de la asistencia en prisión con la que se prestaría a la persona en el mismo

Tabla 2. Descripción de los tipos de documentos

Tipo de documento	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 3. Documentos que indentifican oportunidades de mejora

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

Tabla 4. Identificación de oportunidades de mejora

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

país, pero fuera de las prisiones (tabla 4). Se han publicado también estudios epidemiológicos de la situación de la asistencia en prisiones y trabajos de opinión de grupos de profesionales, si bien son escasos.

Las oportunidades de mejora citadas en la bibliografía por orden de frecuencia y presentadas según el esquema de Donabedian son las siguientes:

### Oportunidades de mejora relacionadas con las estructuras

1. Prioridad de lo regimental frente a lo sanitario en la asistencia diaria en las prisiones.
2. Escasez y desmotivación del personal sanitario penitenciario.
3. Descoordinación con el sistema público sanitario extrapenitenciario.
4. Falta de planificación de los servicios sanitarios penitenciarios en función del tipo de población reclusa.

### Oportunidades de mejora relacionados con los procesos de asistencia

1. Dificultades en la atención por las especiales características de la población atendida en prisión.
2. Escaso trabajo de promoción y educación para la salud.
3. Escasez de información en la cumplimentación de los registros sanitarios.

### Oportunidades de mejora relacionadas con los resultados

1. Los usuarios perciben mayoritariamente la atención que reciben como mala o mediocre.
2. Entre los profesionales sanitarios que trabajan en prisiones hay insatisfacción en ciertos aspectos de su labor.

## Discusión

La revisión realizada constata, por un lado, la escasa difusión de la asistencia sanitaria en prisiones en el ámbito de las publicaciones médicas —gran parte de las publicaciones son encargos de las administraciones estatales— y, por otro, la incipiente penetración de la metodología de trabajo de la calidad en ese entorno (las referencias en este sentido son de los 4 últimos años).

Por países, la existencia de referencias es desigual; destaca el número de publicaciones relacionadas con el proceso de integración de la sanidad penitenciaria de Inglaterra y Gales en el Sistema Nacional de Salud. Toda la documentación producida en ese proceso de integración está disponible en internet y en ella se da una visión de la situación de la calidad asistencial en prisiones en aquel país, extrapolable, en buena parte, a lo que ocurre en numerosos países de la Unión Europea (UE). En España, el informe CAPRI, elaborado por un grupo de trabajo de *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*<sup>5</sup>, pone la primera piedra para empezar a mejorar.

En cuanto a modelos de asistencia, los trabajos describen diferentes modelos de asistencia en prisiones por países e incluso dentro de un mismo país<sup>6,7</sup>. Estas diferentes circunstancias dificultan el hecho de poder desarrollar un modelo de evaluación de calidad común que permita identificar oportunidades de mejora y comparar resultados entre diferentes centros.

El modelo de evaluación propuesto por Inglaterra y Gales<sup>4</sup>, el más elaborado, consiste en el empleo de una herramienta que evalúa las necesidades de asistencia, prisión por prisión mediante una serie de formularios y detecta oportunidades de mejora para iniciar la puesta en marcha de un ciclo de mejora. Se describe un conjunto de criterios con sus indicadores de medida, para facilitar el control continuo por equipos multidisciplinarios en las prisiones.

Por otra parte, muy diferente es la situación presentada en los documentos recogidos sobre la situación de la asistencia en Canadá y Estados Unidos, donde los cuidados sanitarios en prisiones se prestan por empresas públicas o instituciones locales, con bajos estándares de calidad asistencial en comparación con la zona de la UE, menores presupuestos para sanidad por recluso y escasas garantías para el cumplimiento de esos estándares.

La mayoría de los documentos dan a entender que existe un amplio margen para la mejora en la asistencia sanitaria a los reclusos, comparada con la que reciben, en una misma zona, los ciudadanos en libertad. La oportunidad de mejora que con más frecuencia aparece es la subordinación de aspectos relacionados con el buen orden y funcionamiento de la prisión frente a los puramente sanitarios<sup>4,6,8-15</sup>.

La mayoría de los documentos consultados están de acuerdo en recomendar una serie de mejoras en la asistencia a los reclusos, recogidas por orden de mayor a menor frecuencia según se las citaba en los trabajos, aunque muchas de ellas no están fundamentadas en un método objetivo de evaluación de la situación y en gran parte hacen referencia a experiencias puntuales.

## Respecto a la estructura

Un problema estructural citado ha sido las condiciones de trabajo del personal sanitario. El origen de este problema se reconoce multifactorial. Algunas de las causas son la deficiente planificación en materia de personal<sup>3,9</sup>, la falta de reconocimiento del trabajo asistencial, tanto por parte de los responsables de la gestión como por parte de la sociedad en general<sup>15,16,17</sup>, y la dificultad del trabajo con una población, en su mayoría marginal, que está en situación de crisis y que físicamente presenta muchas carencias de atención sanitaria<sup>5,18</sup>.

## Respecto a los procesos

La descoordinación con la asistencia que se presta fuera de prisión a los reclusos<sup>8,19,20</sup> y la desorganización y dispersión de soluciones para un mismo problema asistencial penitenciario se recogen a menudo en la documentación estudiada<sup>4,8,14,17,21-25</sup>. En definitiva, traducen 2 realidades que están encadenadas: la gran variabilidad de las necesidades de cuidados médicos que presentan los centros penitenciarios y la dificultad de encontrar mecanismos de organización aplicables de manera sistemática a todos ellos. No hemos encontrado trabajos en los que se describan procesos de evaluación de necesidades asistenciales partiendo de la creación de una cartera de servicios, paso previo para la planificación de recursos.

Otros problemas mencionados son la actitud excesivamente demandante de la población reclusa, fenómeno explicable, en parte, por el perfil de los internos con alta prevalencia de trastornos mentales y sometidos a estrés emocional: una población con importantes necesidades de atención médica<sup>4,9,18,26</sup> 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. El modelo inglés hace hincapié en un aspecto importante, la diferencia existente entre las necesidades y las demandas a la hora de evaluar la asistencia sanitaria: las primeras son prioritarias sobre las segundas<sup>6</sup>. Los recursos deben dedicarse fundamentalmente a la atención de esas necesidades. Las demandas, con frecuencia exageradas, en una población que tiene escasa o nula cultura de salud, no deben prevalecer sobre las necesidades a la hora de repartir los medios existentes, siempre limitados<sup>6,16,21</sup>.

La falta de trabajo de promoción de la salud, tan necesaria en este ámbito, y la deficiente cumplimentación de la documentación sanitaria son problemas detectados en relación con las mejoras que hay que introducir en “lo que se hace”<sup>4,5,14,24,26</sup>.

Reflejo de la situación descrita, la opinión de los profesionales y de los usuarios respecto a la calidad de la asistencia sanitaria a los reclusos no es buena<sup>4,23,27,28</sup>.

Se podría concluir, por tanto, que hay poca investigación en materia de evaluación de necesidades de asistencia en prisiones y 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, como paso previo para mejorar la organización asistencial de una parte de nuestra sociedad que se encuentra en situación de privación de libertad y tan necesitada está de ejercer ese derecho universal, que no está suspendido en modo alguno por la pena de privación de libertad: el derecho a la salud.

## Bibliografía

- Arroyo JM. Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. *Rev Esp Sanid Penit.* 2000;3:77-89.
- Lindquist CH, Lindquist CA. Health behind bars: utilization and evaluation of medical care among inmates. *J Community Health.* 1999;24:285-305.
- 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. Strassbourg: Council of Europe; 1998
- Marshall T, Simpson S, Stevens A. Toolkit for health care needs assessment in prisons. Department of Public Health & Epidemiology. Birmingham: University of Birmingham; 2000.
- Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial en Prisiones. Informe CAPRI sobre la calidad asistencial sanitaria en centros penitenciarios españoles. *Rev Esp Sanid Penit.* 2003;5:38-48.
- Marshall T, Simpson S, Stevens A. Toolkit for health care needs assessment in prisons. Department of Public Health & Epidemiology. Birmingham: University of Birmingham; 2000.
- Marshall T, Simpson S, Stevens A. Health care needs assessment in prisons: a toolkit. *J Public Health Med.* 2001;23:198-204.
- Reed J, Lyne M. The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. *BMJ.* 1997;315:1420-4.
- Dale C, Woods P. Caring for prisoners: guidance for nurses. London: Royal College of Nursing; 2002.
- Watson R, Stimpson A, Hostick T. Health care and change management in the context of prisons. Part 1. NHS. University of Hull [actualizado abr 2002; citado mar 2003]. Disponible en: [http://www.had-online.org.uk/downloads/word/regional/north\\_hern\\_york/](http://www.had-online.org.uk/downloads/word/regional/north_hern_york/)
- Maull FW. Issues in prison hospice: toward a model for the delivery of hospice care in a correctional setting. *Hospice Journal.* 1998;13:57-82.
- Department of Health & HM Prison Service. Report of the working group on doctors working in prisons: Q & A Brief. 2001 London [citado feb 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/>
- Working Group on Good Medical Practice for doctors providing Primary Care Services in Prison. Department of Health & HM Prison Service Consultation document [citado feb 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/publications.htm>
- Smith R. Prisoners: an end to second class health care? *BMJ.* 1999;318:954-5.
- Smith C. "Healthy prison": a contradiction in terms? *Howard J.* 2000;39:339-53.
- Maeve K, Vaughn M. Nursing with prisoners: the practice of caring, forensic nursing of penal harm nursing. *Adv Nursing Sci.* 2001;24:47-64.
- Department of Health & HM Prison Service. Report of the working group on doctors working in prisons: summary and key recommendations. 2001 London [citado feb 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/>
- Rapport de la commission d'enquête (1) sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créé en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, N.º 449. Paris: Sénat de la France: 165, 183, 209 et T.A. 86 (1999-2000).
- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior. Manual de procedimientos médicos y médico-administrativos en el medio penitenciario [documento interno]. Madrid: Ministerio del Interior; 1999.
- Department of Health & HM Prison Service. Report of the working group on doctors working in prisons: summary and key recommendations. 2001 London [citado feb 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/>
- Tomasevski K. Prison health law. *Eur J Health Law.* 1994; 1:327-41.
- Department of Health & HM Prison Service. Clinical Governance in Prison Health Care. A discussion Document. 2001 London [citado feb 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/>
- Marquart J, Merianos D, Cuvelier SJ, Carroll L. Thinking about the relationship between health dynamics in the free community and the prison. *Crime and Delinquency.* 1996;42: 331-61.
- Correctional Service of Canada. The standards for health care from the correctional service of Canada's management administration and operational review (MAOR) [citado 11 feb 2003]. Disponible en: [http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/hlthstds/toc\\_e.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/hlthstds/toc_e.shtml)
- Department of Health & HM Prison Service. Prison Health Policy Unit and Task Force Prison Health Handbook. London 2001 [citado feb 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/publications.htm>
- Department of Health & HM Prison Service. Report of the working group on doctors working in prisons: summary and key recommendations. 2001 London [citado feb 2003]. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/>
- Blanc A, Lauwers V, Telmon N, Rouge D. The effect of incarceration on prisoners' perception of their health. *J Community Health.* 2001;26:367-81.
- Rogers WB, Seigenthaler CP. Correctional health care as a vital part of community health. *J Ambulatory Care Management.* 2001;24:45-50.