



FACULTADE DE ENFERMARÍA

MÁSTER ATENCIÓN SANITARIA, GESTIÓN Y CUIDADOS

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL MEDIO PENITENCIARIO

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MODALIDAD: Revisión sistemática tipo PRISMA

TÍTULO: INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL MEDIO PENITENCIARIO

AUTOR/A: MARIA LUZ CAMPOS VARELA

TUTORA: MARIA JESÚS NUÑEZ IGLESIAS

CONVOCATORIA: Julio 2024

TÍTULO: INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL MEDIO PENITENCIARIO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La sanidad penitenciaria se rige por un marco legal, como pueden ser las reglas desarrolladas por el Consejo de Europa, que establecen estándares para la atención sanitaria en prisiones dentro de un principio de equidad. Debe proveer de una asistencia de calidad de forma integral a una población numerosa y que puede ser determinante en la salud pública de una comunidad, y una oportunidad para el control de enfermedades infecciosas y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, posibilitando la modificación de factores y determinantes de salud.

OBJETIVOS: Conocer la atención sanitaria penitenciaria de acuerdo con criterios de calidad.

MÉTODOS: Revisión sistemática tipo PRISMA en PUBMED, SCIELO, CINAHL, NICE, y otros recursos digitales (Google académico, revistas especializadas). Se incluyeron aquellos estudios e informes de cualquier sistema penitenciario que permitan conocer la calidad y describan indicadores que faciliten la monitorización de la atención sanitaria en las prisiones. La búsqueda se realizó desde la publicación informe CAPRI en 2003 hasta abril de 2024.

RESULTADOS y CONCLUSIONES: Con respecto al indicador de estructura se constata que el personal sanitario (staff, enfermeras, y psiquiatras) existentes en España es inferior al de otros países de proximidad geográfica de la zona OMS Europa. A nivel de España, existe desigualdad de asistencia sanitaria entre los centros transferidos a las CCAA y los dependientes del Ministerio de Interior. Dentro del mismo sistema penitenciario de un país, como en el caso de España, la estructura y procesos principalmente, no están estandarizados, con notables diferencias en cuanto a ratio de personal por interno, infraestructura de la que se dispone y una falta de protocolos que unifique procesos y de resultados. La calidad percibida por el/la usuario está condicionada por diferentes factores que incluyen el sexo, nivel educativo y relaciones interpersonales.

PALABRAS CLAVE: Calidad, atención en salud, salud, prisión, penitenciaría, indicadores de calidad, equidad en salud.

TITLE: INDICATORS OF THE QUALITY OF HEALTH CARE IN PRISONS

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prison health is governed by a legal framework that establishes standards for health care in prisons within a principle of equity to a large population that can be decisive in the public health of a community, and an opportunity to control infectious diseases and promote health and disease prevention.

OBJECTIVES: To know the quality of health care provided in the prison environment.

METHODS: PRISMA-type systematic review in PUBMED, SCIELO, CINAHL, NICE, a manual search to complement searches in the database and other digital resources (Google Scholarly). We will include reports from any prison system that allow us to know the quality and describe indicators that facilitate the monitoring of health care in prisons. Search is from the CAPRI report publication (2003) to April 2024.

RESULTS AND CONCLUSIONS: There are scarce studies on indicators of structure, processes and results. With respect to the structure indicator, it is confirmed that health personnel, nurses, and psychiatrists in Spain are lower than those in other geographically close countries in the WHO Europe zone. Within the same penitentiary system of a country, as in the case of Spain, the structure and processes are mainly not standardized, with notable differences in terms of staff per inmate ratio, available infrastructure and a lack of protocols that unify processes and results. The perceived quality by the user is conditioned by different factors that include sex, educational level and interpersonal relationships.

KEY WORDS: Quality, health care, health, prison, penitentiary, quality indicators, health equity.

TÍTULO: INDICADORES DE CALIDADE DA ATENCIÓN SANITARIA NO MEDIOPENITENCIARIO

RESUMO

INTRODUCCIÓN: A sanidade penal réxese por un marco legal que establece estándares para a atención sanitaria en prisións dentro dun principio de equidade a unha poboación numerosa que pode ser determinante na saúde pública dunha comunidade, e unha oportunidade para controlar enfermidades infecciosas e promover a saúde e prevención da enfermidade.

OBXECTIVOS: Coñecer a calidade sanitaria proporcionada no medio penal.

MÉTODOS: Revisión sistemática tipo PRISMA en PUBMED, SCIELO, CINAHL, NICE, unha procura manual para complementar as procuras na base de datos e outros recursos dixitais (Google académico). Incluiremos informes de calquera sistema penal que permitan coñecer a calidade e describan indicadores que faciliten a monitorización da atención sanitaria nas prisións. O inicio da búsqueda ten como referencia a publicación do informe CAPRI en 2003 ata abril de 2024.

RESULTADOS E CONCLUSIÓN: Son escasos os estudos sobre indicadores de estrutura, procesos e resultados. Respecto ao indicador de estrutura, confírmase que o persoal sanitario, os enfermeiros e os psiquiatras en España son inferiores aos doutros países xeograficamente próximos da zona Europa da OMS. Dentro do mesmo sistema penitenciario dun país, como no caso de España, a estrutura e os procesos non están, sobre todo, normalizados, con notables diferenzas en canto a ratio de persoal por recluso, a infraestrutura dispoñible e a falta de protocolos que unifiquen procesos e resultados. A calidade percibida polo usuario está condicionada por diferentes factores que inclúen o sexo, o nivel educativo e as relacións interpersoais.

PALABRAS CHAVE: Calidade, atención sanitaria, saúde, prisión, penal, indicadores de calidade, equidade en saúde

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| I.-INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II.-JUSTIFICACIÓN | 2 |
| III.- OBJETIVOS | 3 |
| IV.- MÉTODO | 3 |
| IV.1-Tipo de estudio..... | 3 |
| IV.2.- Diseño..... | 3 |
| IV.3.- Bases de datos/motores de búsqueda..... | 3 |
| IV.4.- Palabras clave y términos MeSH (Medical Subject Headings) | 3 |
| IV.5.- Filtros..... | 3 |
| IV.6.- Periodo temporal de búsqueda..... | 4 |
| V.-RESULTADOS..... | 5 |
| V.1.Resultados generales de búsqueda..... | 5 |
| V.2.Resultados por objetivos específicos..... | 5 |
| VI.-DISCUSIÓN..... | 14 |
| VII.-LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO DE REVISIÓN..... | 20 |
| VIII.-CONCLUSIONES | 21 |
| IX.-BIBLIOGRAFÍA..... | 21 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1.Bases de datos y motores de búsqueda, filtros utilizados y palabras clave.Tabla 2.Palabras clave y términos MeSH | 4 |
| Tabla 3.Indicadores de calidad de estructura, de procesos y de resultado. | 6 |
| Tabla 4.Indicadores de calidad organizativos. | 12 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|---|
| Figura 1. Resultados generales de la búsqueda.Algoritmo PRISMA | 5 |
|--|---|

ABREVIATURAS

| | |
|-------|---|
| ANA | American Nurses Association |
| CAPRI | Calidad asistencial de Prisiones |
| CCAA | Comunidades Autónomas |
| HIPP | Proyecto de Salud en las Prisiones (OMS) |
| IIPP | Instituciones Penitenciarias |
| NCCHC | National Commission on Correctional Health Care |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAIEM | Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SPACE | Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe |
| TEDH | Tribunal Europeo de los Derechos Humanos |
| UNODC | United Nations Office on Drugs and Crime |
| VHC | Virus de hepatitis C |
| VIH | Virus de la inmunodeficiencia humana |
| ETC | Establecimientos de Tratamiento y Custodia |

I.- INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención sanitaria se corresponde con "la consecución de aquellos objetivos en salud alcanzados conforme a indicadores basados en la probabilidad de obtener resultados deseables tras la intervención de profesionales de la salud con conocimientos basados en la evidencia, y la satisfacción del ciudadano objeto de esta asistencia. En todo momento los servicios dispensados han de ser eficaces, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes" (OMS, 2022).

La población reclusa presenta unas características específicas, distintas a la población general, que, a su vez, determinan unas necesidades particulares de asistencia sanitaria. Cabe destacar la alta prevalencia de enfermedades físicas y mentales desde la década del 2000 (Gatherer et al., 2005) hasta la actualidad (Favril et al., 2024), la demanda de cuidados edad y sexo dependientes (Watson et al., 2004), el creciente número de pacientes con patología crónica (Davis et al., 2018; Serra et al., 2022), en lo que influye el elevado número de internos mayores de 65 años (Marti et al., 2017) y con cuidados paliativos (Isailă et al., 2022; Schaefer, et al., 2023). Por otra parte, los/as usuarios/as se encuentran en grave riesgo de enfermedades (Massoglia, & Remster, 2019), exclusión social (Bixby et al., 2022) y además se requiere asistencia sanitaria tras la excarcelación (Kinner et al., 2014).

La sociedad y las prisiones no son realidades aisladas ya que los problemas de salud en las prisiones tienen un claro impacto en la sociedad y viceversa. La asistencia sanitaria penitenciaria en España debe tener las mismas prestaciones y estándares de calidad que la que prestan los servicios públicos de salud, según la Ley General Penitenciaria y la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión, y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Por ello, la asistencia sanitaria debe de estar coordinada con la sanidad comunitaria para garantizar la igualdad real de los servicios prestados y no vulnerar el derecho a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución Española).

Los sanitarios de prisiones deben cuidar y atender a personas con problemas de salud complejos, por lo que deben realizar actividades como hacer una buena evaluación del paciente, administrar medicación, realizar intervenciones en crisis y ofrecer educación para la salud (Sánchez-Toig & Coll-Cámara, 2016). Según la *American Nurses Association* [(ANA) 2010], la enfermería penitenciaria "es una especialidad única. Comprende conocimientos en salud pública, urgencias, atención primaria, educación para la salud y salud mental". Son escasos países cuentan con formación reglada específica para la enfermería de prisiones. Sirvan como ejemplo la *National Commission on Correctional Health Care* (NCCHC) estadounidense que expide el *Certified Correctional Health Professional Registered Nurse* (CCHP-RN). A nivel de

España, la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna Universitat Ramon Llull oferta el Título de Experto Universitario en Enfermería Penitenciaria).

El modelo sanitario penitenciario español, aunando las actividades e intervenciones que realizan las enfermeras desde una perspectiva holística, define detalladamente su marco de actuación asistencial, investigador, gestor, docente y de comunicación en un documento creado juntamente con el Colegio General de Enfermería (2020) y en proceso durante este 2024 de actualización por parte de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias (IIPP). Comprende programas de salud en prisiones, educación sanitaria, prevención y control de enfermedades transmisibles con alta prevalencia en este medio, programas de vacunaciones y cribado de tuberculosis, higiene y salud medioambiental, intervención en drogodependencias, atención integral a enfermos mentales (PAIEM) y atención integral de pacientes crónicos incluyendo cuidados paliativos.

En base a lo expuesto se formulan la siguiente justificación y objetivos.

II.-JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se justifica atendiendo a los siguientes aspectos:

- 1) En un día cualquiera, más de 10,7 millones de personas están encarceladas en todo el mundo. En muchos países, la dependencia de sistemas como la libertad bajo fianza y la prisión preventiva tiene como resultado que una gran proporción de la población carcelaria sea encarcelada durante semanas o meses en lugar de años. Como tal, el número de personas que pasan por las cárceles cada año es sin duda mucho mayor (McLeod et al., 2020). En base a ello, existe un número elevado de población subsidiaria de requerir cuidados de salud.
- 2) Además, las prisiones también brindan una oportunidad importante para establecer conexiones con fuentes de apoyo comunitario, centros de atención médica y servicios sociales que pueden promover la salud y el bienestar entre las personas después de su liberación (McLeod et al., 2020).
- 3) Más de 30 millones de personas quedan en libertad anualmente. Estas personas son desproporcionadamente pobres, privadas de derechos y con enfermedades crónicas (Kinner & Wang, 2014).
- 4) Mejorar la salud penitenciaria es mejorar la salud pública. Debería ser una oportunidad para acceder a atención médica oportuna y de calidad, y abordar factores de riesgo para enfermedades transmisibles y no transmisibles, lo que, en última instancia se traducirá en mejoras para la salud a lo largo del curso de la vida (OMS, 2022).
- 5) Las personas encarceladas experimentan una mayor carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles, problemas de salud mental y abuso de sustancias que la población general (Favril et al., 2024) y, a menudo, provienen de grupos marginados y desatendidos de la comunidad.

- 6) Las prisiones ofrecen una oportunidad importante para abordar los problemas de salud de una manera que pueda generar beneficios para el individuo y la comunidad (Stürup-Toft et al., 2018)
- 7) Un enfoque integral y gubernamental de la salud penitenciaria, implementado a largo plazo, puede generar beneficios significativos (Sanhueza & Candia, 2019).
- 8) Existen muchos desafíos que quedan por abordar en los próximos años. Se debe dar prioridad a abordar las necesidades de atención sanitaria de este grupo vulnerable (OMS, 2022).

III.- OBJETIVOS

General

Conocer la calidad de la asistencia sanitaria prestada en el ámbito penitenciario.

Específicos

- 1) Conocer la calidad de la asistencia sanitaria en relación con criterios de calidad de estructura, procesos y resultado.
- 2) Conocer la calidad de la asistencia de acuerdo con criterios de calidad organizativos.
- 3) Conocer la calidad de la asistencia percibida por el/la usuario/a.

IV.- MÉTODO

IV.1.- Tipo de Estudio: Revisión sistemática.

IV.2.- Diseño: Según el *statement* PRISMA (Page et al., 2021). En la búsqueda de literatura, empleamos los criterios de selección e inclusión atendiendo a los criterios PRISMA y PICO. Se entiende por PICO: Población: población residente en prisiones, Intervenciones: Implementación de estrategias de calidad asistencial; Comparaciones: Con o sin comparación; *Outcomes* (resultados): De acuerdo con los objetivos específicos formulados se consideran: Visión y enfoque estratégico de la salud penitenciaria Sistema de información sanitaria utilizado para el seguimiento del sistema de salud penitenciario. Resultados del sistema de salud penitenciario: Servicios preventivos, rehabilitación, atención médica (incluida la atención primaria, la atención secundaria y terciaria y la continuidad de la atención); Desempeño del sistema de atención de salud (incluida la disponibilidad de personal de atención de salud y de medicamentos; accesibilidad; aceptabilidad; y calidad de la atención).

IV.3.- Bases de datos/motores de búsqueda: Se muestran en la Tabla 1.

IV.4.- Palabras clave y términos MeSH (*Medical Subject Headings*): Se emplearon las palabras clave y términos *MeSH* indicados en la Tabla 2.

IV.5. Filtros: Atendiendo a la base de datos/motor de búsqueda se emplearon los filtros predeterminados o bien los criterios generales/específicos de búsqueda que se muestran en la Tabla 1. En el caso de que los filtros no existiesen como predeterminados se incorporaron a la búsqueda como palabras clave.

IV.6. Periodo temporal de búsqueda: Inicio: 2003 en base a la publicación del primer informe CAPRI sobre atención sanitaria en centros penitenciarios (Saiz-Hoya et al., 2003). Final: abril 2024, en base a los plazos de entrega del trabajo Fin de Máster.

Tabla 1. Bases de datos y motores de búsqueda y filtros utilizados.

| Base de datos/fuente | Dominio | Filtros |
|--|---|--|
| PubMed | <i>Motor de búsqueda de MEDLINE (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM)).</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ | Idioma: Todos Disponibilidad de texto: Resumen; Texto completo Tipo de artículo: Metaanálisis; Revisiones sistemáticas; |
| Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) | http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=0&sid=fb24aae6-526c-4fa4-a9b9-7e720bb55afb%40pdc-v-sessmgr05 | Documentos de consenso Estudios de cohortes; Fecha de publicación: 2003-2024 |
| Scientific Electronic Library Online (SciELO) | <i>Scientific Electronic Library Online. Av. Onze de Junho, 269 – Vila Clementino 04041-050 São Paulo SP – Brasil</i> https://scielo.org/ | Idioma: Todos Áreas temáticas: Ciencias da Saúde Tipo de literatura: Artículo; Artículo de revisión; Documentos de consenso Año de publicación: 2003-2024 |
| NICE | <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> https://www.nice.org.uk/ | Health protection; Health and social care delivery |
| OMS Health in Prisons European Database (HIPED) | https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-(hiped) | Topic |
| Artículos a partir de la bibliografía encontrada | | |
| Revistas específicas | <i>International Journal of Prisoner Health, Journal of Correctional Health Care, British Journal of General Practice, BMC Health & Justice The Prison Journal, Rev Esp Sanid Penit</i> | |

Tabla 2. Palabras clave y términos MeSH.

| Lenguaje natural y sinónimos | Descriptor MeSH | Descriptor DeCS |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Salud | <i>Health</i> | Salud |
| Calidad asistencial | <i>Quality of care</i> | Calidad de la asistencia |
| Indicadores | <i>Indicators</i> | Indicadores de calidad |
| Prision/prisioneros | <i>Prison/prisoners</i> | Prisión/reclusos/presos |
| Penitenciaria | <i>Prison/penitentiary</i> | Cárcel/prisión |
| Cuidado de salud | <i>Health Care</i> | Cuidados en salud |

V. RESULTADOS

V RESULTADOS GENERALES DE LA BÚSQUEDA

En la Figura 1 se indican los resultados de la búsqueda atendiendo a la sistemática PRISMA:

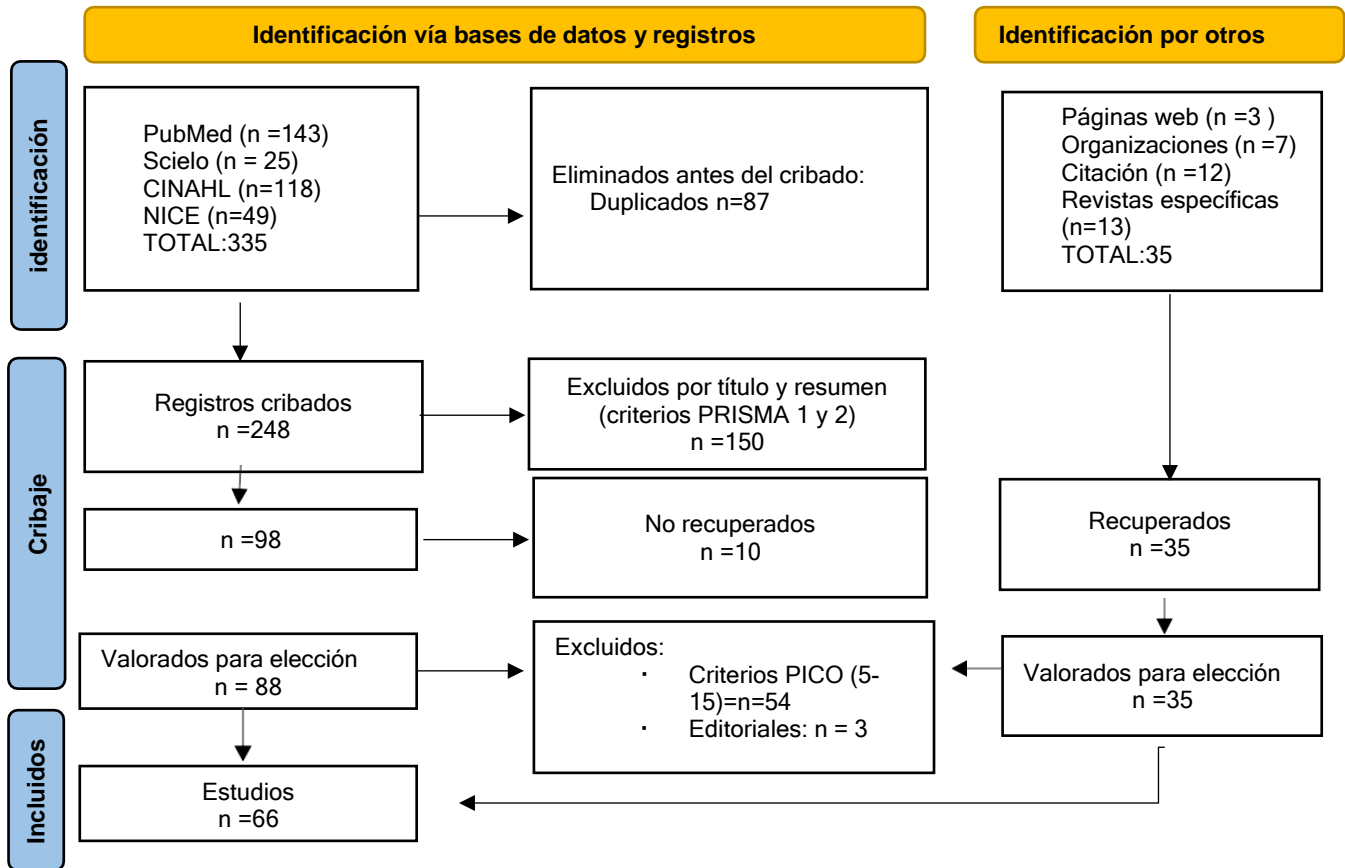


Figura 1. Resultados generales de la búsqueda.Algoritmo PRISMA.

V.2.RESULTADOS PARA LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

V.2.1.Resultados para el objetivo específico 1

En la Tabla 3 se indican los estudios, atendiendo los indicadores de estructura, proceso y resultado; mostrando su definición, método de medición y/o resultados.

Indicadores de Estructura:

Personal sanitario: El número de enfermeras y psiquiatras en España es inferior al de los países de proximidad de la Zona OMS Europa. El personal de enfermería es entorno a la mitad del existe en Francia o Portugal y similar al de Italia (número x 1000 reclusos). Sin embargo, el de médicos es superior en Italia y España frente a Francia y Portugal. En el caso de odontólogosno se dispone de datos en España para establecer una comparación (HIPED, 2024).A nivel de España, en los centros con competencias transferidas a las CCAA con relación a los dependientes de IIFF presentan en general más profesionales sanitarios. Por otra parte, cabe destacar el estudio de Hewson et al., (2024) ya que incluye 65 estudios con 18.311

participantes de múltiples países, con intervenciones dirigidas a la detección de enfermedades crónicas; telemedicina, educación sanitaria, sistemas de atención integrada, implementación de equipos especializados para gestionar las enfermedades crónicas, y mejora del contacto con la atención primaria y/o apoyo de los trabajadores de salud comunitarios para excarcelados/as. Observando rentabilidad clínica. En relación con las enfermedades crónicas no estaba claro qué intervenciones son más efectivas para monitorear y manejar las enfermedades crónicas no transmisibles en prisión. **Telemedicina:** Diferentes estudios recogen la disponibilidad de telemedicina (indicador relación a disponibilidad de medios técnicos), que no solo surge como recurso para la atención de la población general sino también para dar asistencia sanitaria a los reclusos (Edge et al., 2021; Tian et al., 2021; revisión 29 estudios; Hewson et al. 2024; revisión 65 estudios con 18.311 participantes de múltiples países). **Disponibilidad y acceso a servicios sanitarios:** Bengoa et al., (2018, revisión de 12 estudios) ponen de manifiesto que el acceso a atención primaria y especializada es mayor en centros con competencias transferidas a CCAA frente a aquellas bajo gestión de IIFF.

Indicadores de proceso y resultado:

Bellas et al., (2022) recogen ambos indicadores con respecto a patologías específicas (alteración de la función renal y riesgo cardiovascular) (Tabla 3).

Un grupo de enfermería de la Universidad de Illinois realizó una evaluación exhaustiva de las estructuras, procesos y resultados de calidad y seguridad, con el objetivo de identificar las prioridades de mejora inmediatas y a largo plazo utilizando los Estándares de la NCCHC para los Servicios de Salud en las Prisiones como recurso principal para evaluar el estado actual de la prestación de atención (Neely et al., 2022).

Tabla 3. Indicadores de calidad de estructura, de procesos y de resultado.

| Indicador de estructura | |
|--|---|
| Profesionales sanitarios | |
| Profesionales sanitarios del staff (HIPED, 2024) | España:31,8 Francia:41,42 Portugal:33,47 Suiza:28,56 Italia: No consta Definición: Proporción de personal sanitario staff en prisiones por cada 1.000 reclusos en ETC durante un año conocido Desagregación: Profesión Método de medición: Cuestionario nacional para el conjunto mínimo de datos de salud pública para las cárceles de la Región Europea de la OMS Método de estimación:(personal sanitario staff / número de reclusos) x 1000 |
| Número de enfermeras con | Numerador Número de enfermeras con formación en patologías(diabetes) |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Continúa Tabla</p> <p>formación específica</p> <p>(Bellass et al., 2022, Estudio revisión, incluye 12 estudios EEUU)</p> | <p>Denominador</p> | <p>Número total de enfermeras en el periodo</p> |
| <p>Número de enfermeras (HIPED, 2024)</p> | <p>España:11,4 Francia:22,56 Portugal:27,87 Suiza: No consta Italia:10,99</p> | <p>Definición: Proporción de enfermeras en prisiones por cada 1.000 reclusos en ETC durante un año conocido Desagregación: Profesión Método de medición: Cuestionario nacional para el conjunto mínimo de datos de salud pública para las cárceles de la Región Europea de la OMS Método de estimación:(Enfermeros/ número de reclusos) x 1000</p> |
| <p>Número de médicos (HIPED, 2024)</p> | <p>España: 8,22 Francia:6,25 Portugal:2,89 Suiza: No consta Italia: 10,01</p> | <p>Proporción de médicos en prisiones x 1.000 reclusos en año conocido Desagregación: Profesión Método de medición Cuestionario nacional para el conjunto mínimo de datos de salud pública para las cárceles de la Región Europea de la OMS Método de estimación: (Psiquiatras/número de reclusos) x 1000</p> |
| <p>Número de psiquiatras (HIPED, 2024)</p> | <p>España:0,15 Francia:2,33 Portugal:1,66 Suiza: No consta Italia:2,01</p> | <p>Definición: Proporción de psiquiatras en prisiones x 1.000 reclusos en ETC durante un año conocido Desagregación: Profesión Método de medición: Cuestionario nacional para el conjunto mínimo de datos de salud pública para las cárceles de la Región Europea de la OMS Método de estimación: (Psiquiatras/número de reclusos) x 1000</p> |
| <p>Número de Odontólogos (HIPED, 2024)</p> | <p>España: No se recoge Francia:1,12 Portugal:1,05 Suiza: No consta Italia:2,01</p> | <p>Definición: proporción de odontólogos en prisiones x 1.000 reclusos en ETC durante un año conocido. Desagregación: Profesión Método de medición Cuestionario nacional para el conjunto mínimo de datos de salud pública para las cárceles de la Región Europea de la OMS Método de estimación:(Psiquiatras/ número de reclusos) x 1000</p> |
| <p>Ratio enfermera (Bengoa y cols.2018, ,revisión de 12 estudios)</p> | <p>1,27 centros transferidos a CCAA 1,04 dependiente de IIPP</p> | <p>Definición: Enfermeras de prisiones a TC durante un año conocido Método de estimación: (Enfermeras a TC/población) x 100</p> |

| | | |
|---|--|---|
| Ratio médicos (Bengoa y cols.2018, revisión de 12 estudios) | 0,95 centros transferidos a CCAA 0,89 dependiente de IIPP | Definición: Médicos de prisiones a TC durante un año conocido Método de estimación: (Enfermeras a TC/población) x 100 |
| Camas | | |
| Número de camas en prisiones (Opitz-Welke, et al, 2018) | 10,1 vs 6.03 | Método de estimación: Número de camas por 1000 reclusos/as y número de camas por 1000 personas población general (población general en Alemania 82.700.000 personas frente a 64.194 reclusos/as). |
| Tecnología disponible | | |
| Telemedicina (Bengoa y cols.2018, revisión de 12 estudios) | SI centros transferidos a CCAA No centros dependientes de IIPP | SI No |
| Telemedicina (Hewson et al , 2024 ; revisión 65 estudios con 18.311 participantes de múltiples países) | | SI |
| Telemedicina (Tian et al., 2021; revisión 29 estudios) | | SI |
| Telemedicina (Gualano et al 2017; Estudio 28 estados miembros UE, 211 directores prisiones y 116 profesionales) | Número de países con telemedicina activa vs no activa. 11 vs 17. Tipo: Telepsiquiatría (países de sur, este y oeste); telepsicología (países del norte), teleradiología (países norte, sur y este);TeleECG (países del norte y del sur); telecardiología (sur y oeste); teledermatología (oeste). | |
| Edge et al., (2021) | | SI. Satisfacción de personal y usuarios |
| Disponibilidad y acceso a servicios sanitarios | | |
| (Bengoa cols.2018) Estudio revisión) | y AP 19,87 centros transferidos a CCAA de 29,27 centros dependientes de IIPP | Definición: Veces que un paciente propone consulta de AP con respecto a la población reclusa. Método de estimación: Número de veces//población |
| | Cuidados especializados 2,76 centros | Definición: Veces que el recluso es referido a atención especializada por cada 100 reclusos Método de estimación: Número de veces//población y |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Continua Tabla</p> | <p>transferidos a CCAA 1,23 centros dependientes de IIPP</p> <p>Proporción de cuidados especializados internos 0,55 centros transferidos a CCAA 0,12 centros dependientes de IIPP</p> <p>Proporción de cuidados especializados internos 0,45 centros transferidos a CCAA 0,88 centros dependientes de IIPP</p> <p>Frecuencia de urgencias 1,79 centros transferidos a CCAA 3,86 centros dependientes de IIPP</p> | <p>Número de veces//población x100.</p> <p>Definición: Relación entre los cuidados especializados prestados en el centro penitenciario y el promedio de cuidados especializados</p> <p>Método de estimación: Número de consultas de cuidados especializados prestados en el centro penitenciario//número total de consultas de atención especializada.</p> <p>Definición: Relación entre los cuidados especializados prestados fuera del centro penitenciario y el promedio de cuidados especializados</p> <p>Método de estimación: Número de consultas de cuidados especializados prestados fuera del centro penitenciario//número total de consultas de atención especializada</p> <p>Definición: Número de veces que paciente recluso es atendido en urgencias por cada 100 reclusos.</p> <p>Método de estimación: (Número de consultas de cuidados especializados prestados fuera del centro penitenciario//número total de consultas de atención especializada)x100</p> |
| <p>(Pluge et al.,2008, Inglaterra, población reclusa femenina)</p> | <p>AP interpenitenciaria y de la comunidad</p> | <p>Brecha entre percepción del/la usuario/a y los resultados esperados</p> |
| <p>(Groenewegen et al.,2022,EFPC working group on Prison Health Revisión comparative entre países)</p> | <p>AP y continuidad del cuidado</p> | <p>Francia: Vinculada atención a hospitales. No se presta mucha atención a la promoción y prevención de la salud. Infraestructura de registros médicos electrónicos, intercambio de información poco desarrollada; falta continuidad de la atención tras la estancia penitenciaria. Inglaterra: Enfoque hacia AP, papel importante para las enfermeras, énfasis en mejorar la equidad. Continuidad de la atención se organiza en un proyecto llamado 'Throughcare'. Suiza: Independencia del personal sanitario y el desarrollo de una política sanitaria. Países Bajos: Equipos psicomédicos multidisciplinares, directivos y enfermeras empleadas por el servicio penitenciario y médicos contratados.</p> |
| <p>Condon et al.,2007; Inglaterra, Gales)</p> | <p>Necesidades generales de salud Promoción de la salud</p> | <p>Comparación con la población general. Necesidades de salud mayores que en la población general.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| Continúa Tabla | Tratamiento de enfermedades crónicas | |
| (Woodall, & Freeman, 2019, 38 informes de inspección penitenciaria masculina, Inglaterra y Gales) | Continuidad del cuidado tras excarcelación | 19% |
| | Controles de salud, prevención de enfermedades y programas de detección | 88% |
| | Modificación de comportamiento | Consumo tabaco 98% |
| | Indicador de proceso | |
| Administración de tratamiento | | |
| (Bellass et al., 2022 Revisión) | Numerador | Número de reclusos del denominador que recibieron al menos una prueba de seguimiento terapéutico de potasio sérico y de creatinina sérica (Cr) o de nitrógeno ureico en sangre (BUN) en el año de medición |
| | Denominador | Número total de reclusos que recibieron al menos un tratamiento de 180 días de IECA, ARAI o diuréticos durante el año de medición. |
| Prevención de enfermedad | | |
| (Kim et al., 2022) Revisión sistemática | Prevención primaria Covid-19 | Vacunación, higiene, aislamiento |
| | Prevención secundaria Covid 19 | Test |
| | Indicador de resultado | |
| Resultados de salud | | |
| (Alves da Costa et al., 2022, WHO Prison Health Framework) | Salud y bienestar | Estado de salud y bienestar autoinformados |
| | Morbilidad | Acceso a consejeros de salud mental. Casos de trastornos mentales, incluidos casos de trastornos psicóticos e intentos de suicidio |
| | Mortalidad | Casos de ENT, incluidas hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. Número de muertes en prisión por cualquier causa (mortalidad por todas las causas) Número de muertes relacionadas con COVID-19 (indicador específico desarrollado para 2020/2021) |

| Continua Tabla | | |
|---|---|---|
| (Kouyoumdjian et al., 2020, estudio retrospectivo) | Esperanza de vida Tasa de mortalidad Población carcelaria en comparación con la población general | Método de estimación: datos del Ministerio de Seguridad Comunitaria y Servicios Correccionales, Ontario, adultos admitidos en centros correccionales provinciales en 2000, vincularon estos datos con registros de defunción de estadísticas vitales provinciales entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2012. Utilizaron tablas de mortalidad, calcularon las tasas de mortalidad, esperanza de vida cohorte por sexo y grupo de edad Tasas de comparación de población con datos población general de Ontario en 2006 como punto medio del período de seguimiento. Compararon índices de mortalidad entre la cohorte carcelaria de Ontario de 2000 y la población general por grupo de edad y sexo. Esperanza de vida y las tasas de mortalidad peores para adultos con antecedentes de encarcelamiento que población general. Asociación entre mortalidad y situación de encarcelamiento que se modifica con la edad y sexo, mayor carga relativa de mortalidad para personas más jóvenes con antecedentes de encarcelamiento; sexo, peor mortalidad relativa en mujeres. |
| (Baggio et al 2018, Suiza, pre-ensayo) | Reducción hacinamiento mayor centro penitenciario de Suiza | Reducción efectos nocivos sobre salud |
| (Chaer-Yemlahi et al., 2022, estudio multicéntrico centros penitenciarios de régimen cerrado en Cataluña) | Implantación de proyecto de promoción de la salud en el centro penitenciario. | Encuesta <i>had hoc</i> : 29 enfermeras Porcentaje de enfermeras que lleva a cabo programa: 82,8% de los encuestados afirma que se está llevando a cabo algún programa. El de salud mental es el más realizado, seguido del de abandono del tabaco y las drogas. |
| Seguimiento: Control de enfermedad | | |
| (Bellass et al., 2022, revisión) | Numerador | Número de reclusos del denominador que tienen lipoproteínas de baja densidad < 100 entre 60 y 365 días después del alta por un evento cardiovascular agudo |
| | Denominador | Número total de reclusos de entre 18 y 75 años al 31 de diciembre del año del informe que fueron dados de alta con vida en el año anterior al año del informe por infarto agudo de miocardio. |

V.2.2. Resultados para el objetivo específico 2

Según Bellass et al., (2022), se categorizan los indicadores de calidad organizativos en tres dimensiones (Tabla 4): quejas y eventos adversos, inclusión, coordinación y transferencia con 8,2 y 6 indicadores específicos cada uno de ellos, respectivamente.

Atendiendo a Bengoa et al. (2018), los indicadores de calidad organizativos pueden estar condicionados por el modelo de gestión; observando mayor acceso a la atención especializada en los establecimientos penitenciarios gestionados por el sistema de salud con competencias de la CCAA en comparación aquellos gestionados por IIFF. El porcentaje de urgencias remitidas que ingresan en el hospital es significativamente mayor en el centro trasladado, duplicando la tasa media del resto de establecimientos. La tasa de derivaciones programadas a servicios de consulta especializados, que es mayor en comparación con las cárceles no trasladadas.

Tabla 4. Indicadores de calidad organizativos.

| Número de quejas médicas presentadas en un mes que se manejan a nivel de instalación |
|---|
| Quejas: de reclusos relacionadas con servicios de atención médica encontradas a favor del recluso en los últimos 12 meses; atendidas adecuadamente dentro de los 5 días hábiles; que no son de emergencia resueltas dentro de los 20 días hábiles, quejas de emergencia resueltas dentro de los 10 días calendario (%); recibidas y resueltas (número). |
| Eventos adversos (incluidas muertes) revisados dentro de los 30 días (%) |
| Prescripción inadecuada a personas mayores de 65 años |
| Inclusividad |
| Provisión de intérpretes cuando sea necesario. |
| Hojas de llamadas por enfermedad y educación del paciente en otros idiomas |
| Coordinación y transferencia |
| Personas cuya lista de medicamentos se recibió dentro de las 4 h posteriores al ingreso de lunes a sábado de 9 am a 8 pm, o 24 h fuera de ese horario (%) |
| Personas que recibieron un servicio externo y fueron atendidas para una cita de seguimiento después de una visita externa (%) |
| Personas dadas de alta del hospital con diagnósticos de alta únicos (%) |
| Administración oportuna de medicamentos de rutina o urgentes (%) |
| Personas cuyos registros médicos se revisaron dentro de las 12 h posteriores al traslado (%) |
| Integridad del mantenimiento de registros médicos |

En relación con **el indicador preparación para la excarcelación y manejo en la transferencia se muestran los** siguientes hallazgos: Opitz-Welke et al. (2018) recogen en su revisión estudios de cohortes retrospectivos que han encontrado: (a) una mortalidad superior a la media entre los presos liberados hasta un 3,6% [IC 95%: 3,48%;3,73%] superior a la de la población general; (b) intoxicación por drogas, utilizando opioides en el 77% de los casos, fue la principal causa de muerte entre los presos liberados; (c) cabe destacar que la mayoría de las muertes por sobredosis ocurrieron dentro de las primeras cuatro semanas después del alta de

prisión (riesgo relativo 1,7 [IC del 95%: 1,3; 2,2]). En un análisis retrospectivo de las estadísticas de causas de muerte en 16.453 reclusos australianos, la continuación del tratamiento de sustitución de opioides se asoció con el riesgo más bajo de muerte por intoxicación por drogas. Una revisión sistemática internacional que estudió la evolución de 12.056 delincuentes con trastornos psiquiátricos encontró que la tasa de reincidencia delictiva de 4.484/100.000 fue inferior a la de un grupo comparable de reclusos sin atención de seguimiento psiquiátrico. Por tanto, siendo conscientes de estos riesgos, los servicios que brindan tratamiento para enfermedades infecciosas y trastornos de adicción psiquiátrica en las instituciones penitenciarias deberían preparar la transición a un entorno de tratamiento ambulatorio. **Con respecto a la rotación:** La rotación en las prisiones institucionales juntamente con factores asociados al hacinamiento se asociaron significativamente con los eventos de autolesiones en la prisión preventiva más grande, Champ-Dollon (Baggio, y otros, 2018).

V.2.3.Resultados para el objetivo específico 3

Diferentes estudios recogen la **calidad percibida por los reclusos** en prisiones de Australia, Reino Unido, Italia, Brasil, Chile, EE. UU, España (Benito et al., 2007; Zabala-Baños et al., 2016; García-González et al., 2021; Rodríguez-Menés et al., 2022; Ministerio de Sanidad, 2022): **(A) Percepción de la calidad asistencial** (Benito et al., 2007; Zabala-Baños et al., 2016) **y el acceso a esta** (Sanhuesa et al., 2019): Se describen beneficios percibidos por la población penitenciaria por el hecho de estar acompañados en celda (Benito et al., 2007). El estudio de 882 internos que cumplían pena de prisión en centros de las comunidades autónomas de Cataluña, Aragón, Madrid y Castilla la Mancha refleja una peor percepción de la calidad de vida y de su salud entre los internos que presentan un menor nivel de estudios, los que han cometido delitos violentos, los reincidentes y con antecedentes familiares de enfermedad mental, los que presentan patologías cardíacas y enfermedad mental. Este trabajo aporta datos relevantes sobre la dimensión de la calidad de vida en las prisiones, dimensión no muy estudiada y manifiesta la necesidad de seguir investigando las variables inherentes al encarcelamiento y su repercusión sobre la calidad de vida y la salud de las personas privadas de libertad (Zabala-Baños et al., 2016). **(B) Percepción del estado de salud del usuario/a.** Una encuesta (muestra de 5.512 internos, distribuidos en 78 centros penitenciarios, muestreo aleatorizado, se incluyen hombres y mujeres de más de 18 años con conocimiento de castellano o árabe suficiente para contestar el cuestionario). De acuerdo con su clasificación penal se incluyeron preventivos, penados en 2º grado, penados con preventivas y penados sin clasificar. El 20,7% consideraba que su salud era mejor estando en prisión, dato superior al obtenido en 2016 (15,1% en 2016) (Ministerio de Sanidad, 2022). Un estudio transversal (6.856 pacientes reclusos en Cataluña en septiembre del 2017; muestreo aleatorio simple, 1.048 encuestas)

muestra que el 84,87% de los pacientes estaban satisfechos con la calidad asistencial recibida. Las mujeres estaban más satisfechas con las instalaciones de las consultas médicas que los hombres (OR, odds ratio) de 2,04; $p = 0,009$. Los pacientes con nivel educativo superior estaban menos satisfechos que los de menor nivel educativo, con diferencias significativas en 11 de los 14 ítems valorados. Los mayores de 65 años estaban más satisfechos que el resto, en 11 de los 14 ítems. Los pacientes extranjeros estaban más satisfechos que los nacionales con la flexibilidad horaria (OR: 0,69; $p = 0,018$) y en el tiempo de espera de las visitas (OR: 0,63; $p = 0,006$, en cambio, estaban menos satisfechos con la imagen del personal sanitario (OR: 1,97; $p = 0,03$) (García-González et al., 2021). Así mismo, Rodríguez-Menés et al., (2022) (cuestionario *Measuring Quality of Prison Life*,, 46 ítems; 327 reclusos de 4 centros penitenciarios de Barcelona) observaron que la percepción de la calidad de vida estaba condicionada por la organización, calidad de las reacciones interpersonales dentro y fuera de la prisión. Variaba la puntuación entre 5,7 y 3,4, (de 0 a 10) dependiendo del centro. **(C) Percepción de la calidad por el personal sanitario** (Vera-Remartinez et al., 2008; Char-Yemahi et al., 2022); concretamente de **enfermeras de centros penitenciarios** españoles y catalanes, respectivamente. Los primeros (376 enfermeras) muestran puntuaciones más bajas para la presión en el trabajo (2,15, I.C. 95%: 2,08-2,23) y control sobre el trabajo (2,77; I.C. 95%: 2,73- 2,82) y más alta en relación con la satisfacción en el trabajo (3,52; I.C. 95%: 3,44-3,58). Los segundos, consideran útiles pero insatisfactorias estrategias de promoción de la salud, por ser básicas e insuficientes.

VI.-DISCUSIÓN

En el informe CAPRI (2003), que marca la fecha de inicio de esta revisión, (realizado por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, a través de la metodología del Grupo Nominal), tuvo como objetivo central la identificación y clasificación de los desafíos en la calidad de la atención médica en las cárceles de España. Equipos multidisciplinares de médicos y enfermeros de diferentes prisiones (67 profesionales de la salud de 57 prisiones) llegaron a un consenso sobre los principales problemas y las posibles mejoras en la atención sanitaria de los internos. Detectando la necesidad de mejoras estructurales significativas (superposición de las normas reglamentales sobre las necesidades asistenciales, falta de personal médico y su baja motivación, falta de coordinación con los servicios de salud fuera de las prisiones para garantizar una continuidad asistencial). En cuanto a los procesos, los principales problemas detectados fueron el seguimiento deficiente de los pacientes con VIH y tuberculosis, la documentación incompleta en los registros médicos y la desidia de algunos profesionales de la salud en sus responsabilidades en el cumplimiento de los protocolos establecidos (Saiz de la Hoya et al, 2003).

Desde entonces, se han propuesto diferentes grupos de indicadores y estrategias (Stem et al., 2010; Asch et al., 2011; Zulaica et al., 2012; NICE, 2016; NCCHC, 2018; Stürup-Toft et al., 2018; Jimba et al., 2020; Neely et al., 2022; Priore et al., 2023) y existen pocos estudios en cuanto a indicadores de estructura del sistema penitenciario español y los que hay no están ajustados a la realidad actual, sí en el ámbito anglosajón que supone la mayor fuente de datos en este estudio. En Reino Unido, EE. UU. y Canadá existe un mayor número de estudios en relación con la calidad de atención sanitaria penitenciaria. A continuación se realiza atendiendo a los objetivos específicos formulados.

VI.1. Discusión de los resultados para el objetivo 1

Indicadores estructura:

En la Región Europea de la OMS, lo más habitual era que el gobierno nacional asumiera dicha responsabilidad, tanto para las prisiones (21 países) como para la población en general (18 países). En 29 de estos países (80,6%), el nivel de gobierno encargado de la salud en las prisiones y en la comunidad era el mismo; en la mayoría de los casos, era el gobierno nacional (17 países) o una combinación de los niveles nacional y subnacional (6 países). Sin embargo, 7 Estados Miembros (19,4%) reportaron diferencias en los niveles de responsabilidad; lo más común era que el gobierno nacional se encargara de la salud penitenciaria, mientras que la atención sanitaria de la población general era compartida entre el gobierno nacional y el subnacional (3 países entre ellos España). En cuanto a qué ministerio gubernamental estaba a cargo de los servicios de salud en las prisiones, en 2020, la distribución más frecuente de esta responsabilidad era entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Justicia/Interior (20 países), seguida por aquellos donde recaía únicamente en el Ministerio de Justicia/Interior (8 países). Existían siete países donde la responsabilidad era exclusiva del Ministerio de Salud y uno donde correspondía tanto al Ministerio de Salud como al Ministerio de Protección Ciudadana. (WHO).

Las principales barreras para la implementación de una atención integral efectiva son los recursos, que afectan a la disponibilidad de personal, servicios de apoyo, las actitudes y la capacitación del personal y, en última instancia, la continuidad de la atención (MacDonald et al., 2012). La gobernanza del sistema sanitario penitenciario tiene como principales claves a analizar quien asume la responsabilidad de la atención, tanto en los centros penitenciarios como en la comunidad. (Van Hout et al, 2024).

En este Trabajo Fin de Máster se recoge el estudio de Bengoa y cols. (2018) (revisión, análisis comparativo en prisiones de España según el modelo de transferencia de la gestión, autonómica o dependiente del IIFF) comparar el establecimiento transferido y el no transferido, es la menor tasa de asistencia a la consulta primaria de salud y la mayor derivación a la consulta especializada. Dichos autores consideran que la atención especializada se mejora en estructuras

integradas donde la organización de los servicios engloba la atención primaria y la especializada. Por otra parte, el hecho de las urgencias remitidas desde el centro transferido sea mayoritariamente ingresadas en el hospital lo atribuyen a una correcta evaluación por parte del equipo sanitario penitenciario. Ello, revela una mayor calidad asistencial en comparación con el resto de los centros penitenciarios, donde la tasa de ingreso es significativamente más bajo. También hay una mayor presencia de tecnología de comunicación basada en computadora entre la prisión y el resto del sistema de salud pública en el centro transferido.

El déficit de personal en las prisiones es un indicador común en prácticamente todos los sistemas de provisión de atención sanitaria mundiales y al que se le intenta dar solución desde una perspectiva política, económica y social. (Pont, y otros, 2018) Abarca desde el número de efectivos de profesionales sanitarios hasta la formación de la que disponen y las habilidades de interrelación con los demás colectivos que conforman un sistema penitenciario (Condon et al., 2007)

A continuación, contrastaremos los datos correspondientes a los resultados más relevantes recogidos en este Trabajo Fin de Máster.

La disponibilidad de trabajadores de la salud es especialmente importante dado que, para muchos detenidos, la cárcel es el primer lugar donde tendrán acceso a los servicios de atención de la salud. En esta revisión hemos constatado, a través de diferentes estudios y datos disponibles en bases de datos como la (HIPED, 2024) que el personal sanitario en general y por titulación y/o especialidad es reducido. Son escasos los estudios que comparan la atención sanitaria en la población general y en la reclusa, atendiendo al número de profesionales. Este es el caso de estudio realizado en Alemania por Opitz-Welke et al. (2018). La Base de datos HIPED, 2024, desarrollada en el marco "Marco de Salud Penitenciaria de la OMS" (dirigido a evaluar el desempeño del sistema de salud penitenciario de los Estados miembros para mejorar su capacidad para documentar y notificar datos a través de HIPED), recoge indicadores de calidad por zonas geográficas OMS. España se encuentra por detrás de los países más próximos (Portugal, Francia e Italia) en cuanto a profesionales sanitarios staff, de enfermería y psiquiatras. Supera a Francia y Portugal en número de médicos. No se disponen de datos de odontólogos (número por 1000 reclusos/as).

La telemedicina (Edge et al., 2021; Tian et al., 2021; revisión 29 estudios; Hewson et al., 2024, revisión 65 estudios con 18.311 participantes de múltiples países) con especial relevancia en la pandemia puede ser una alternativa al déficit de personal, aunque el contexto local y otros factores pueden influir en su eficacia (Tian et al., 2021).

Algunos de los indicadores relativos a la estructura y de forma específica el profesional sanitario, recogidos en la Tabla 3 de resultados. Del mismo modo que en la población general, la demanda de profesionales está relacionada con el número de usuarios/as subsidiarios/as de ser

atendidos. No obstante, debe de tenerse en cuenta que los/as usuarios/as reclusos/as pueden requerir atención por mayor número de profesionales o de diferentes especialistas, dadas las características de la población y el hacinamiento. Este último, incrementa la probabilidad de sufrir enfermedades infecciosas, alteraciones psicológicas con elevada carga de estrés, empeoramiento de la calidad del sueño y un incremento de la conflictividad; existiendo asociación entre la sobrepoblación en penitenciarías y efectos perjudiciales en salud en distintos niveles (OMS, 2022). En cuanto al hacinamiento no sólo nos debemos pensar en países del tercer mundo; las características demográficas de la población penitenciaria en la zona mediterránea, incluyendo a España y otros países como Grecia o Italia, viene condicionada por los movimientos migratorios, asociados a enfermedades transmisibles ya erradicadas o en proceso de erradicación en los países donde recalán (Itsios et al., 2021). Recientemente, se ha puesto de manifiesto con la pandemia de COVID, el cómo influye tanto la densidad de población como las condiciones estructurales e higiénicas en las que vive la población reclusa en los resultados de salud ante un desafío de este calibre (Hannah et al., 2022).

En 2021 había 1.414.172 reclusos detenidos en las 49 administraciones penitenciarias de los países miembros de la Unión Europea; correspondiendo a una tasa de población carcelaria europea de 102 reclusos por cada 100.000 habitantes. En Europa (informe SPACE I), donde a diferencia de los indicadores de calidad asistencial, sí se recogen datos concretos y exhaustivos de la distribución de esta población. Aunque a nivel mundial hay una distribución irregular según la región donde esté ubicada la prisión y una tendencia al descenso de densidad de ocupación, existen excepciones incluidas prisiones europea (UNODOC, 2023). Así, el hacinamiento, la sobreocupación, la falta de recursos personales, materiales y de financiación son elementos clave a investigar (Woodall & Freeman, 2019).

Cuando nos referimos a problemas de salud en los presos nos referimos habitualmente a los procesos patológicos que afectan al colectivo internado y a menudo nos olvidamos de las condiciones del medio; que necesariamente influyen en la salud. No es raro cometer el error de entender la intervención sanitaria como acciones tecnificadas para mejorar la salud de la población. Se suele olvidar en estos casos que el nivel de salud de la población es la expresión del nivel de vida y que este nivel de vida se debe medir a través de indicadores no sólo sanitarios, sino también de carácter económico y social (García-Guerrero & Marco, 2012).

El desarrollo de los servicios de AP dentro de las prisiones ha sido fundamental para mejorar la prestación de atención de salud en este entorno durante la última década. (Varol, 2022) A pesar de los imperativos nacionales de involucrar a los pacientes en el desarrollo de los servicios y de las numerosas iniciativas políticas, no se ha realizado una evaluación sistemática de los

cambios en la prestación de atención primaria y se han publicado pocas pruebas de consulta con los reclusos (Plugge et al., 2008).

La mayor parte de la evidencia relacionada con la salud de las personas encarceladas y el estado de los servicios de salud en las prisiones proviene de entornos de altos ingresos que determinan una mayor dotación de recursos (Scallan et al., 2021). El déficit estructural (condiciones de los edificios y celdas hasta la menor dotación de personal y medios para mantener la equidad en la prestación de los servicios sanitarios) está ligado a la financiación, como se ha comprobado tras la crisis económica del 2008, con efecto negativo sobre la salud de los usuarios de las prisiones. 29 responsables internacionales de la formulación de políticas penitenciarias analizaron el impacto de estas medidas en Inglaterra, que se consideraba como la mejor sanidad penitenciaria en Europa. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 de las Naciones Unidas reforzaron aún más el derecho de los presos a una vida saludable a través de nueve objetivos clave, la mayoría de los cuales abordan la necesidad de poner fin a la pobreza y reducir las desigualdades dentro de los países y entre ellos (ONU, 2015).

Indicadores de procesos y de resultados

Un obstáculo sustancial para el desarrollo y la implementación de indicadores de cuidados es la limitada disponibilidad de datos estandarizados para la comparación. Estos datos se recopilan de manera inconsistente y no son fácilmente accesibles, lo que limita la medición del desempeño dentro de los sistemas de salud penitenciaria (Schaefer et al., 2023). Cuando una persona ingresa en un centro penitenciario, si hay un elemento en común sea cual sea el lugar del mundo dónde se produce, es el reconocimiento de su salud por el personal sanitario para certificar que se encuentra en condiciones de encarcelamiento, proceso vital y del que apenas hay datos estructurados. En alto porcentaje de casos es el primer contacto de esa persona con un sistema sanitario, bien sea porque proviene de una situación marginal o porque procede de un país con bajos recursos y/o acceso limitado a la sanidad. Es escasa la documentación encontrada con respecto a indicadores de proceso y monitorización de la atención de salud en general. Bellass et al., (2022) recogen indicadores de proceso y de resultado disponibles en la Tabla 3.

Las Reglas Nelson Mandela ponen de manifiesto que la prestación de atención médica a los reclusos es responsabilidad del Estado y que la relación entre los profesionales del sector sanitario y los reclusos se rige por los mismos estándares éticos y profesionales que los que se apliquen a los pacientes de la comunidad (ONU, 2016). Nelson Mandela, que experimentó el encarcelamiento durante 27 años en Sudáfrica, manifiesta en una frase "Se dice que nadie conoce realmente una nación hasta que ha estado dentro de sus cárceles. Una nación no debe ser juzgada por la forma en que trata a sus ciudadanos más altos, sino a los más bajos", la importancia del posicionamiento político y económico con relación a la población penitenciaria por parte de un país.

Tras su fallecimiento se publicaron las 122 "Reglas Nelson Mandela" o Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. Una parte se refieren a la atención sanitaria y a la importancia de establecer unos indicadores o estándares para poder medir los resultados y poder compararlos tanto internamente como entre los distintos países. La Unión Europea es uno de los financiadores de distintos proyectos de apoyo a los sistemas penitenciarios de países latinoamericanos y africanos con el fin de sentar las bases necesarias para alcanzar una política penitenciaria que sea respetuosa de los derechos humanos, analizando indicadores del sistema de salud en cárceles como parte integral de la protección de la vida de los reclusos (Ariza et al., 2017).

Los conjuntos equilibrados de indicadores para la atención de la salud en las prisiones deben reflejar las tendencias de la población penitenciaria, ser operables dentro de los sistemas de datos y estar alineados con los principios de equivalencia. Uno de los estudios analizados recoge indicadores de proceso y recoge la dificultad existente en encontrar referencias y la problemática de establecer estándares cuando los indicadores están condicionados al grupo que lo elabora, destacando la amplia variabilidad y disparidad de indicadores (Bellass, et al., 2022). Además, los indicadores de calidad promueven la transparencia y la rendición de cuentas, y tienen como objetivo mejorar los resultados previstos (Lanzano et al., 2022). Deben ser sensibles a los cambios, de modo que los progresos puedan reflejarse y utilizarse para fundamentar las políticas basadas en datos empíricos eficientes y una atención sanitaria efectiva en el sistema penitenciario (CICR, 2018). Al evaluar los resultados obtenidos, es importante considerar estructura organizativa y roles, una política integral de salud penitenciaria, plan operativo que refleje necesidades y prioridades en materia de salud, la implementación de procedimientos operativos estándar, informes y evaluaciones anuales del rendimiento de los servicios, la presencia de mecanismos de coordinación entre el ministerio responsable de los centros de detención y el ministerio de salud, esencial para garantizar una gestión eficaz y una atención adecuada.

VI.2. Discusión de los resultados para el objetivo 2

Hay una variedad de sistemas para organizar la atención médica que varían de un país a otro e incluso dentro de las fronteras de una misma. Los Estándares de Servicios de Salud en Prisiones de la NCCHC son un conjunto de directrices desarrolladas por expertos en salud en EE. UU., que proporcionan un marco para ofrecer atención de calidad en entornos correccionales e incluyen recomendaciones para gestionar la prestación de atención médica y de salud mental. Son la base del programa de acreditación de la NCCHC y se actualizan periódicamente para reflejar las prácticas contemporáneas y las evidencias más recientes (*National Commission on Correctional Health Care*, 2018). Siguiendo la metodología propia de la Teoría de la Calidad Asistencial, se han estudiado diversos aspectos de la asistencia sin haber cerrado en ninguno de ellos la secuencia del ciclo de mejora de calidad propuesta en la introducción. Dicha secuencia incluye la identificación

del problema, el análisis de causas, la planificación de cambios, la verificación de resultados y la monitorización. No obstante, quienes tengan experiencia en la aplicación de programas de calidad sabrán que es mucho más sencillo identificar y analizar problemas que proponer soluciones y evaluar los resultados obtenidos. (Arroyo & Ortega, 2007)

VI.3. Discusión de los resultados para el objetivo 3

Los estudios sobre la percepción de calidad por el/la usuario son escasos. A nivel de España (5.512 internos, distribuidos en 78 centros penitenciarios), observándose que la mayoría de la población penitenciaria percibía su estado de salud es bueno o muy bueno; incluso mejor que fuera de prisión. En el ámbito de Cataluña (6.856 pacientes) más del 80% estaban satisfechos con la atención recibida; siendo mayor a satisfacción entre mujeres y menor al incrementarse el nivel educativo (García-González et al., 2021). No obstante, un método de evaluación robusto y confiable para detectar las necesidades en materia de promoción de la salud aseguraría que los individuos obtengan una atención ajustada a sus requerimientos (Groenewegen et al., 2022). Además, este podría descubrir con mayor celeridad necesidades concretas en el ámbito sanitario, permitiendo así que los individuos accedan a información y orientación sobre el cuidado personal, tanto durante su estancia en prisión como tras su puesta en libertad (NICE, 2016).

VII. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO DE REVISIÓN

Cualquier evaluación de las condiciones de salud y los servicios en las prisiones se requiere la integración de la población penitenciaria en las estadísticas nacionales de salud. La escasez de datos sanitarios en las estadísticas penitenciarias, casi universal, dificulta cualquier intento de evaluar cómo las prisiones atienden las necesidades de salud de los reclusos en la Región Europea de la OMS. Una evaluación efectiva requiere considerar las conclusiones de los dos principales instrumentos del Consejo de Europa que protegen a los reclusos y sus derechos: Informes del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en relación con la salud penitenciaria (UNODC, 2013).

Existe una falta crítica de evidencia sobre los modelos de gestión actuales y una necesidad urgente de evaluación e investigación (Kouyoumdjian & Orkin, 2020), particularmente en los países de ingresos bajos y medianos (McLeod et al., 2020). Es difícil establecer estándares al no existir una homogeneidad entre las prisiones de un mismo país dónde variables como las características demográficas, el tiempo de estancia, la edad, el medio penitenciario en base a la seguridad y la convivencia, la implicación del sector privado en la asistencia sanitaria o bien combinada con el sistema público (Arroyo & Astier, 2003). Se requerirá más investigación para poder establecer las bases para una asistencia sanitaria equivalente a la de la comunidad y garantías en la continuidad de esta asistencia de forma bidireccional.

VIII.-CONCLUSIONES

- 1) Desde el estudio CAPRI que marca el inicio de esta revisión, se constata la carencia de estudios de indicadores concretos para poder cuantificar y monitorizar la estructura, los procesos y los resultados del sistema penitenciario español.
- 2) Con respecto a los indicadores de estructura personal sanitario staff, enfermeras, y psiquiatras existentes en España es inferior al de otros países de proximidad geográfica de la zona OMS Europa.
- 3) Con relación a los indicadores de estructura medios técnicos la telemedicina es una alternativa a la atención convencional.
- 4) Son escasos los indicadores de procesos y resultados y se centran en patologías concretas.
- 5) Dentro del mismo sistema penitenciario de un país, como en el caso de España, la estructura y procesos principalmente, no están estandarizados, con notables diferencias en cuanto a ratio de personal por interno, infraestructura de la que se dispone y una falta de protocolos que unifique procesos y de resultados.
- 6) Los indicadores de calidad correspondientes a calidad de vida, percepción de salud y de asistencia es en general alta, aunque se relaciona con características sociodemográficas del recluso (el sexo, el nivel educativo, procedencia geográfica de fuera o dentro de España) y las relaciones interpersonales.
- 7) La percepción de la calidad por parte del personal de enfermería es baja en relación con la presión y el control en el trabajo y alta en relación con el trabajo desarrollado.

IX.-BIBLIOGRAFÍA

- Alves da Costa, F., Verschuuren. M., Andersen, Y., Stürup-Toft, S., Lopez-Acuña. D., Ferreira- Borges. C. (2022). The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system performance. *Eur J Public Health*, 32, 565-570.
- ANA's Principles for Health System Transformation (2010). Information and analysis on topics affecting nurses, the profession and health care. Health System Reform: Nursing's Goal of High Quality, Affordable Care for All. Department of Nursing Practice and Policy. ANA Issue Brief.
- Ariza Higuera, L.J., & Iturralde Sánchez, M. (2017). *Indicadores de Derechos Humanos en el Sistema Penitenciario y Carcelario*. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho.
- Arroyo, J.M., & Ortega, E. (2007). Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión: Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). *Rev Esp Sanid Penit*, 9, 6-15.
- Arroyo-Cobo, J.M., & Astier, P. (2003). Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Rev Esp Sanid Penit*, 5, 1-3.

- Asch, S. M., Damberg, C. L., Hiatt, L., et al. (2011). Selecting performance indicators for prison health care. *J Correctional Health Care*, 17(2), 138–149.
- Baggio, S., Gétaz, L., Tran, N.T., et al., (2018). Association of Overcrowding and Turnover with Self-Harm in a Swiss Pre-Trial Prison. *Int J Environ Res Public Health*, 15, 601.
- Bellass, S., Canvin, K., McLintock, K., et al. (2022). Quality indicators and performance measures for prison healthcare: a scoping review. *Health & justice*, 10,13.
- Bengoa, A, Mateo-Abad, M, Zulaika, D, et al., (2018). Availability and use of healthcare resources in prisons according to the transference model: a comparative study in Spain. *Rev Esp Sanid Penit*, 20,21-29.
- Benito,F.,Gil,M.,&Vicente,M.A.(2007).Efectos aparejados por el hecho de compartir celda. *Rev Esp Sanid Penit*, 9-29.
- Bixby L, Bevan S, Boen C. (2022). The Links Between Disability, Incarceration, And Social Exclusion. *Health Aff (Millwood)*, 41,1460-1469.
- Bretschneider, W., & Elger, B. S. (2014). Expert perspectives on Western European prison health services: do ageing prisoners receive equivalent care. *J Bioethical Inquiry*, 11, 319–332.
- Chaer-Yemlahi, S., Freixenet, F.X. (2022) Healthy prisons: analysis of health promotion in Catalanian prisons. *Rev Esp Sanid Penit*, 24, 23-32.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2018). *Evaluación de los sistemas de salud penitenciarios y de las necesidades de salud en las cárceles: guía y herramientas prácticas*. Referencia Documento: 4338.
- Condon, L., Gill, H., & Harris, F. (2007). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *J Clin Nurs*, 16,1201–1209.
- Consejo general de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Publicado en: «BOE» núm. 24, de 28 de enero de 2020, páginas 5020 a 5020 (1 pág.).Sección: V. Anuncios - C.Anuncios particulares. Departamento: Anuncios particulares. Referencia: BOE-B-2020- 3808.
- Constitución Española. BOE núm. 311, de 29/12/1978. Departamento: Cortes Generales. Referencia:BOE-A-1978-31229.PermalinkELI:[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Davis, D. M., Bello, J. K., Rottnek, F. (2018). Care of Incarcerated Patients. *Am Family physician*, 98, 577–583.
- Edge, C., Black, G., King, E., et al, (2021). Improving care quality with prison telemedicine: The effects of context and multiplicity on successful implementation and use. *J Telemed Telecare*, 27, 325–342.
- Favril L, Rich JD, Hard J, Fazel S. (2024). Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. *Lancet Public Health*.9,:e250-e260.
- García-González, L, Mendioroz-Peña, J, Armenteros-López, B, et al., (2021). Quality of health care perceived by users in Catalan prisons. *Rev Esp Sanid Penit*, 23, 9-19.
- García-Guerrero, J., & Marco, A. (2012). Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Rev Esp Sanid Penit*, 14, 106–113.

- Gatherer, A., Moller, L., & Hayton, P. (2005). The World Health Organization European Health in Prisons Project after 10 years: persistent barriers and achievements. *Am J Public Health*, 95(10), 1696–1700.
- Groenewegen, P., Dirkzwager, A., van Dam, A., et al (2022). EFPC working group on Prison Health The health of detainees and the role of primary care: Position paper of the European Forum for Primary Care. *Prim Health Care Res Dev*, 23, e29.
- Gualano, M. R., Bert, F., Andriolo, V., et al., (2017). Use of telemedicine in the Europeanpenitentiaries: current scenario and best practices. *E J Pubic Health*, 27, 30–35.
- Hewson T, Minchin M, Lee K, et al. (2024). Interventions for the detection, monitoring, and management of chronic non-communicable diseases in the prison population: an international systematic review. *BMC Public Health*, 24, 292.
- Isailă, O. M., & Hostiuic, S. (2022). Denuncias por mala praxis y cuestiones éticas en la atención médica penitenciaria relacionadas con el consentimiento y la confidencialidad. *Healthcare(Basilea, Suiza)*, 10(7), 1290.
- Itsios, A., Psychos, C., & Paralikas, T. (2021). The Structure of Primary Health Care in Greek Correctional Facilities: A Critical Review, *Int J Caring Sci*, 14, 772-780.
- Jimba, M., Cherng Ong, K. I., & Sieber, N. L. (2020). Beyond a Good Head and a Good Heart for Prison Health. *AM J Public health*, 110, 282–283.
- Kim, H., Hughes, E., Cavanagh, A .et al. (2022). The health impacts of the COVID-19 pandemic on adults who experience imprisonment globally: A mixed methods systematic review. *PLoS one*, 17, e0268866
- Kinner, S. A., & Wang, E. A. (2014). The case for improving the health of ex-prisoners. *Am J Public Health*, 1352–1355.
- Kouyoumdjian FG, Andreev EM, Borschmann R,et al. (2017) Do people who experience incarceration age more quickly? Exploratory analyses using retrospective cohort data on mortality from Ontario, Canada. *PLoS One*, 14,:e0175837.
- Kouyoumdjian, F. G., & Orkin, A. M. (2020). Improving Health and Healthcare Access for People Who Experience Imprisonment in Ontario. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 23, 6–9.
- Kouyoumdjian, F. G., Schuler, A., Mclsaac, K. E., et al., (2016). Using a Delphi process to define priorities for prison health research in Canada. *BMJ open*, 6, e010125
- Lanzano, R., Pelullo, C. P., Della Polla, G., et al. (2023). Perceived health status and satisfaction with healthcare services of detained male individuals: a survey in Italy. *Public health*, 214, 10–19.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Publicado en: «BOE» núm. 128, de 29/05/2003. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia BOE-A-2003-10715.Permalink ELI:<https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Publicado en: «BOE» núm. 239, de 05/10/1979.Departamento:Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1979- 23708.Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con>

- López-Segura, F. (2022). La cárcel como ubicación de desamparo. Analizando la salud autopercebida y los recursos de autoatención de las personas presas. *Revista d'investigació i formació en Antropologia*, 27, 48-73 ,
- Marti I, Hostettler U, Richter M. (2017). End of Life in High-Security Prisons in Switzerland. *J Correct Health Care*, 23, 32-42.
- Massoglia, M., & Remster, B. (2019). Linkages Between Incarceration and Health. *Public health reports(Washington,D.C.134(1_suppl)*, 8S–14S.
- McLeod, K. E., Butler, A., Young, J. T., et al. (2020). Gobernanza de la atención de la salud en las prisiones a nivel mundial y equidad en salud: una falta crítica de evidencia. *Rev Am Sal Públ* 110, 303–308.
- Ministerio de Sanidad.(2022). *Esdip: Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias*.Madrid: Delegación del Gobierno para el PlanNacional sobre Drogas.
- National Commission on Correctional Health Care. (2018). *Standards for health services in jails: 2018*.
- National Guideline Centre (UK). Physical Health of People in Prison: Assessment, Diagnosis and Management of Physical Health Problems. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016 Nov. NICE Guideline, No. 57.
- Neely, J., Sampath, R., Kirkbride, G., Meeks, S. L., et al. (2022). Health Care Quality and Safety in a Correctional System: Creating Goals and Performance Measures for Improvement. *J Correctional Health Care* 28(3), 141–147.
- OMS. Prison Health Framework Health in Prisons European Database (HIPED) (2024). Acceso. 23-03-2024. Disponible en: <https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-hiped>.
- Opitz-Welke, A., Lehmann, M., Seidel, P., et al. (2018). Medicine in the Penal System. *Deutsches Arzteblatt international*, 115), 808–814.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29;372:n71.
- Plugge, E., Douglas, N., & Fitzpatrick, R. (2008). Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 58, 630–636.
- Pont, J., Enggist, S., Stöver, H. et al. (2018). Gobernanza de la atención de salud penitenciaria: garantía de la independencia clínica. *Rev Am Sal Públ*, 108, 472–476.
- Priore, JL. (2023). Salud en cárceles del Uruguay. Reflexiones y propuestas de intervención en gestión y política sanitaria. *Rev Uruguaya Enf*, 18(1), e501.
- Rodríguez Menés, J., Larrauri, E., Güerri C. (2018). Percepción de la calidad de vida en prisión. La importancia de una buena organización y un trato digno. *Rev Int Sociol*. 76, e098.

- Saiz Hoya, P., Viciano, P., Antón-Basanta J., et al. (2003). Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. *Rev Esp Sanid Penit*, 5.
- Sánchez-Toig, M., & Coll-Cámara, A. (2016) La enfermería penitenciaria y su formación. *Rev Esp Sanid Penit*, 18, 110-119.
- Sanhueza, G. E., & Candia, J. (2019). Access to healthcare in Chilean prisons: an inmates' perspective. *Rev Esp Sanid Penit*, 21, 5–10.
- Scallan, E., Lancaster, K., & Kouyoumdjian, F. (2021). The "problem" of health: An analysis of health care provision in Canada's federal prisons. *Health*, 25, 3–20.
- Schaefer, I., Heneka, N., DiGiacomo, M. et al. (2023). The importance of developing palliative care quality indicators for the prison setting: why now, and next steps. *BMC Palliat Care* 22, 69-73.
- Serra RM, Ribeiro LC, Ferreira J et al.(2022). Prevalence of chronic noncommunicable diseases in the prison system: a public health challenge. *Cien Saude Colet.*,27,4475-4484.
- Stern, M. F., Greifinger, R. B., & Mellow, J. (2010). Patient safety: moving the bar in prison healthcare standards. *Am J Public Health*, 100, 2103–2110.
- Stürup-Toft, S., O'Moore, E. J., & Plugge, E. H. (2018). Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison. *Br Med Bull*, 125, 15–23.
- Tian, E. J., Venugopalan, S., Kumar, S., et al. (2021). The impacts of and outcomes from telehealth delivered in prisons: A systematic review. *PLoS one*, 16, e0251840.
- UNODC (2013). *Los datos importan (panorama general): Población privada de libertad a nivel mundial y tendencias*. Acceso 12 de abril de 2024. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/briefs/Data_Matters_Snapshot_-_Prison_SPA.pdf.
- Van Hout, M. C., Klankwarth, U. B., Fleißner, S. et al.(2024). State of transition to Ministry of Health governance of prison healthcare in the Council of Europe region. *Public Health*, 229, 151–159.
- Vera-Remartínez, E.J., Mora, L.M., González, J.A. et al.(2009). Job satisfaction of nursing staff in Spanish prisons]. *Rev Esp Sanid Penit*, 11,80-86.
- Watson, R., Stimpson, A., & Hostick, T. (2004). Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Studies*, 41, 119–128.
- Woodall, J., & Freeman, C. (2019). Promoting health and well-being in prisons: an analysis of one year's prison inspection reports. *Critical Public Health*, 555–566.
- Zabala-Baños, M.D., Lorca, M.M., Frago, A.S. et al. (2016). Medición de la calidad de vida en la población penitenciaria española. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 16, 34-47.
- Zulaika, D., Etxeandia, P., Bengoa, A., et al. (2012). Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Rev Esp Sanid Penit*, 14, 91–98

