

Continuidad asistencial y terapéutica tras la excarcelación: un problema urgente que precisa soluciones. El modelo aplicado en las prisiones de Cataluña

Turu E, Barnés I, Marco A

Programa de Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut. Barcelona.

RESUMEN

Los déficits en salud tras la excarcelación son habituales, incluso con mayor riesgo de muerte. En estos casos, la principal causa de muerte es el uso de heroína y de otros opioides, pero hay otras posibles causas, muchas de ellas potencialmente prevenibles. Los grupos más vulnerables al incremento de la morbimortalidad tras la excarcelación son los consumidores de drogas, los enfermos mentales y los internos extranjeros que proceden de países con pocos recursos económicos. Es urgente implementar intervenciones que optimicen el acceso a los dispositivos sanitarios después de la excarcelación, eviten interrupciones de la continuidad de la atención y del tratamiento prescrito en prisión, y reduzcan la morbimortalidad. Para ello, se precisa coordinar de forma efectiva la atención dentro y fuera de la prisión y aplicar medidas de apoyo. En este trabajo, se presenta el proyecto implementado en las prisiones de Cataluña, que ha utilizado el “enfermero de enlace” (EE) como figura clave del proceso, y el procedimiento interno y externo utilizado para facilitar el adecuado traspaso de información sanitaria y terapéutica, vincular a los pacientes excarcelados a los dispositivos sanitarios y asegurarse de que estos los reciben en el tiempo y la forma adecuados.

Palabras clave: prisiones, gestión en salud, relaciones enfermero-paciente, morbilidad, mortalidad.

ASISTENCIAL AND THERAPEUTIC CONTINUITY AFTER RELEASE FROM PRISON: AN URGENT PROBLEM THAT REQUIRES SOLUTIONS. THE MODEL APPLIED IN CATALONIAN PRISONS

ABSTRACT

Deficits in health after being released are common, even with a higher risk of death. In these cases, the main cause of death is the use of heroin and other opioids, but there are more causes of death and most are potentially preventable. The most vulnerable groups to the increase of post-release morbidity and mortality are the drug users, the mentally ill and the foreign inmates from countries with few economic resources. It is urgent to implement interventions that optimize access to health devices after the prison release, avoid interruptions in the continuity of care and treatment prescribed in prison and reduce morbidity and mortality.

To achieve this, it is necessary to coordinate the effective form of care inside and outside the prison and apply support measures. We present the project implemented in the prisons of Catalonia, which the “nurse of liaison” has used as a key figure in the process. We also present the internal and external procedure used to facilitate the transfer of sanitary and therapeutic information, to link released patients to health devices and to ensure that they are received in a timely and appropriate manner.

Keywords: prisons, health management, nurse-patient relations, morbidity, mortality.

Texto recibido: 15/05/2019

Texto aceptado: 18/06/2019

INTRODUCCIÓN Y MARCO PREVIO

En España, la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986¹, en su título preliminar, establece con carácter general el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución, así como que son titulares del derecho a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional¹. Esta ley es orgánica, es decir, es una ley necesaria constitucionalmente para regular ciertas materias, precisa el voto favorable de la mayoría absoluta de los miembros del Congreso de los Diputados, es básica y de aplicación en todo el territorio del Estado.

Por otro lado, la Ley General Penitenciaria española, también ley orgánica, establece en su artículo 4.2 que “los internos tienen derecho a que la Administración Penitenciaria vele por sus vidas, por su integridad física y por su salud” y en su artículo 208.1 dispone que “a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población”². Este mismo principio está recogido en normas internacionales, entre estas, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (conocidas como reglas Nelson Mandela), aprobadas en el año 2015³.

Debe entenderse, por lo tanto y a la vista de lo expuesto, que hay normas nacionales e internacionales que recogen el derecho a la salud de toda la población y velan para que determinadas condiciones particulares, como la reclusión, no alteren el principio de equidad sobre este derecho ni sobre el acceso a los servicios y prestaciones que lo garantizan, que deben mantenerse en condiciones similares a las existentes en el ámbito extrapenitenciario mientras se permanece privado de libertad.

SERVICIOS DE SALUD Y EQUIDAD

Se puede reflexionar sobre lo que se consideran los “servicios de salud” y la “equidad”. Cabe la posibilidad de interpretar que el enunciado compromete a las técnicas, intervenciones y prestaciones de salud, como son las visitas profesionales en caso de enfermedad, la prestación farmacéutica u ortopédica, el acceso a rehabilitación, los ingresos hospitalarios y un largo etcétera que incluye las actividades curativas, preventivas y de promoción de la salud. Pero también puede interpretarse que la concepción de trato equitativo debe englobar, además de las anteriores, a aquellas acciones y mecanismos tendentes a garantizar la continuidad

asistencial, el control de la calidad de los servicios prestados y todas aquellas actividades que, en general, faciliten al clínico la toma de decisiones, mejoren el entorno de fiabilidad clínica y representen una mayor seguridad para el paciente⁴. Un elemento crucial de la calidad en la asistencia se relaciona con facilitar el *continuum* asistencial y terapéutico, asegurando que la información clínica relevante de los pacientes esté al alcance de cualquier clínico que deba atenderlos o tratarlos. Aplicado a los pacientes penitenciarios, no solo sería necesario facilitar la información sanitaria y terapéutica, sino vincular a los pacientes que salen de prisión después de una larga estancia y asegurarse de que el sistema sanitario los recibe en el tiempo y la forma adecuados.

También es relevante resaltar que la continuidad de cuidados incluye a aquellos pacientes que, cuando ingresaron en prisión, no tenían acreditado el derecho a la asistencia y no disponían, por consiguiente, de tarjeta sanitaria individual (TSI), lo que impediría –de no adoptar medidas para resolver esta situación– que se pudieran mantener las prestaciones sanitarias iniciadas en prisión una vez que estas personas sean excarceladas.

Para el interno, el momento de mayor vulnerabilidad sanitaria es la salida de prisión por varias razones. Primero, porque los excarcelados pasan de un medio hiperprotegido desde el punto de vista de los cuidados de salud a uno normalizado, que obliga a la autorresponsabilidad. En la sanidad penitenciaria catalana, como en la de Euskadi y en la del resto del Estado, los servicios sanitarios penitenciarios, a diferencia de los servicios sanitarios convencionales no penitenciarios, son proactivos en sus cuidados. Es decir, basan su actividad en gran medida en la “búsqueda del paciente”. Para ofrecerles actividades de detección precoz, de despistaje de patologías, de administración de vacunas, de observación de la toma de medicación, de monitorización de adherencia y de un largo etcétera de actividades que no tienen correspondencia en los servicios sanitarios comunitarios, donde el paciente es el principal responsable de su salud. Segundo, porque hay un grupo numeroso de pacientes para quienes los servicios sanitarios penitenciarios son el primer contacto con los recursos de salud. A veces, porque proceden de bolsas de marginación del cuarto mundo, con pocos hábitos saludables y poco o nulo contacto con los dispositivos sanitarios. Pero sobre todo y en su mayoría, porque hay un gran grupo que ha llegado a este país a través de movimientos migratorios, y son originarios de países extranjeros con escasos recursos económicos. En Cataluña, el 44,5% de los internos son extranjeros⁵ y el 4% de la población penitencia-

ria no dispone de TSI en el momento del ingreso en prisión, lo que implica, de no resolverse esta carencia básica, que será una población muy vulnerable en el momento de la excarcelación.

A estas reflexiones previas, propias de un entorno con recursos económicos y garante de los derechos de la población privada de libertad, deben añadirse las evidencias biomédicas. Se sabe, por ejemplo, que los déficits en salud tras la excarcelación son habituales, incluso con un mayor riesgo de muerte. En Carolina del Norte (Estados Unidos)⁶ y en Francia⁷, se ha observado 2 y 3,6 veces más mortalidad, respectivamente, en los excarcelados que en la población general; y esa mortalidad, en el estudio francés⁷, ocurría sobre todo en población joven, de 30 a 50 años de edad.

Entre los factores asociados al incremento de mortalidad después de la excarcelación, está el uso de heroína y de otros opioides⁸⁻¹³, pero también el historial de consumo de alcohol, el tratamiento con antidepresivos en prisión o la reincidencia; mientras que algún factor, como estar casado, influye de forma protectora⁸. Aunque la principal causa de muerte tras la liberación es la sobredosis, las posibles causas son muchas⁶ e incluyen patologías orgánicas crónicas (cáncer o enfermedad cardíaca), de origen infeccioso (como el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH)¹⁴, o de tipo violento (suicidio, homicidio o accidentes). Probablemente, muchas de estas causas son potencialmente prevenibles, pero hay poca información sobre la salud y el comportamiento de las personas en riesgo, lo que dificulta conocer respuestas preventivas basadas en la evidencia. No obstante, de lo conocido, se deduce que hay una necesidad urgente de implementar intervenciones que reduzcan el aumento de la morbimortalidad tras la excarcelación mediante una coordinación efectiva de la atención y mayores medidas de apoyo individual. En esta coordinación, como han apuntado algunos autores¹⁵, la atención primaria debe desempeñar un papel fundamental para satisfacer las necesidades de salud de esta población, pero su intervención no debe ser exclusiva, ya que no es suficiente para lograr un apoyo efectivo que cubra todas las necesidades.

CONTINUUM ASISTENCIAL Y TERAPÉUTICO: NECESIDADES PRIORITARIAS

Las necesidades se deducen del conocimiento de los hábitos de riesgo y de la morbilidad de la población reclusa que será excarcelada. En España, el 71%

de los internos manifiestan haber consumido drogas ilegales en algún momento de su vida, y el 49%, que las han consumido hasta el mes previo al ingreso en prisión¹⁶. En Cataluña, el 5% de los ingresados declara utilizar la vía parenteral para la administración de sustancias ilícitas. Y según datos del Plan Nacional sobre Drogas¹⁷, hay 3.404 internos/día (el 6,7% del total de la población penitenciaria) en tratamiento con metadona. También la prevalencia de trastornos mentales es mucho más alta en la población reclusa^{18,19}. Y, como era de prever, en la población consumidora de drogas y con otras prácticas de riesgo para la adquisición de enfermedades transmisibles, es, por supuesto, mucho más alta la prevalencia de algunas infecciones, como la infección tuberculosa latente^{5,20,21}, la infección por VIH^{5,22} o las infecciones por el virus de la hepatitis B (VHB) y/o el de la hepatitis C (VHC)^{5,23}, entre otras. Estas son, por consiguiente, las grandes áreas de morbilidad donde hay que centrarse.

Para garantizar el acceso a los dispositivos sanitarios, evitar las interrupciones en la continuidad de la atención y reducir la mortalidad, se han implementado en algunos países programas de apoyo para los internos que están cerca de ser excarcelados. Estos programas suelen estar diseñados por la justicia penal y por la salud pública, o bien por organizaciones no gubernamentales. Un ejemplo de estas experiencias son las *Transitions Clinic Network* (TCN), que buscan mejorar la salud de las personas con enfermedades crónicas que regresan a la comunidad desde la prisión²⁴. No obstante, estos proyectos suelen ser de tipo piloto o experiencias aplicadas de forma fragmentada, generalmente independientes de otras estrategias, lo que a menudo pone en riesgo su eficacia. También es habitual que se dirijan exclusivamente a grupos especiales, como el *link-care 2* para personas sin hogar²⁵ o el *Pre-Release Planning* (PREP) para delincuentes con trastornos mentales²⁶.

IMPLEMENTACIÓN DEL “ENFERMERO/A DE ENLACE” PARA GARANTIZAR EL CONTINUUM ASISTENCIAL EN CATALUÑA

Analizada la información disponible en los registros penitenciarios y asistenciales, así como en las publicaciones médicas, el Programa de Salud Penitenciaria (PSP) del Instituto Catalán de la Salud (ICS) interpretó que las actividades para mejorar el *continuum* asistencial y terapéutico debían tener capacidad de intervenir en todo el territorio que gestiona, y que debían diseñarse como una actividad más, interrelacionada con el resto de actividades del PSP. Tras estu-

diar las necesidades, se describieron los objetivos, se definió la población diana, se diseñó el programa de intervención y se creó la figura del enfermero/a de enlace, clave del proyecto, dotándola de las competencias necesarias para cumplir su función.

Objetivos

Se consideraron objetivos básicos:

- Que todos los internos dispusieran de TSI al ser excarcelados.
- Que todos los reclusos excarcelados dispusieran, si lo precisaban, de un plan de visitas ordenado y calendarizado en cuatro líneas: atención primaria, atención hospitalaria, salud mental y tratamiento de adicciones.
 - *Atención primaria comunitaria*: para los pacientes con patologías crónicas (cardiopatías, diabetes...), con procesos agudos no resueltos (escayolados, retirada de puntos de sutura, etc.) o que no han finalizado el programa de vacunación interrumpido por la excarcelación.
 - *Atención hospitalaria*: para los pacientes en tratamiento con medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) y para los pacientes infectados por VHC en cualquiera de los siguientes supuestos: a) en estudio previo a la prescripción de tratamiento con antivirales de acción directa (AAD); b) con tratamiento con AAD no finalizado; c) con tratamiento con AAD finalizado, pero pendiente de comprobación de la eficacia (respuesta viral sostenida, RVS); d) con RVS, pero con un grado de fibrosis en el que se recomienda la realización de cribado periódico de carcinoma hepatocelular.
 - *Atención de salud mental (centros de salud mental, CSM, comunitarios)*: para los pacientes diagnosticados de trastorno mental grave o que mantienen tratamiento psiquiátrico amplio (con tres fármacos o más) previa valoración de la unidad de salud mental del centro.
 - *Atención de drogodependencias (centros de atención y seguimiento, CAS, de drogodependencias)*: para los pacientes en tratamiento con agonistas opiáceos o afectos de patología dual que se estima que debe ser controlada y atendida en los CAS.
- Que todos los reclusos excarcelados dispusieran, si mantenían un tratamiento farmacológico, de un plan de medicación en el que se especificaran los fármacos prescritos, la pauta de administración y la duración del tratamiento. Además, se acordó que los servicios sanitarios penitenciarios suministrarían la medicación suficiente (por un

Tabla 1. Requisitos que definen la “población diana” del programa de intervención de enfermería de enlace

- | |
|--|
| • Internos penados (85,4% de la población internada) |
| • Excarcelación en los 40 días siguientes |
| • Necesidad asistencial y/o terapéutica |
| • Consentimiento informado del paciente |
| • TSI vigente o en fase de tramitación |

Nota. Tarjeta sanitaria individual

máximo de 15 días) para garantizar la continuidad del tratamiento, hasta que los servicios de salud de la comunidad se hicieran cargo del caso.

Población diana

Se consideró “población diana” (Tabla 1) a la formada por los internos penados, que representan aproximadamente el 85,4% de la población internada⁵, pendientes de próxima excarcelación (en un plazo de 40 días) con necesidad de *continuum* asistencial y/o terapéutico. Para intervenir, se decidió que el interno debía autorizarlo mediante el correspondiente “consentimiento informado” y que debía disponer de TSI, cuya adquisición –en caso de carencia– sería gestionada por la Administración Sanitaria.

Para poder seleccionar la población a intervenir la *Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació* (DGSPiR) facilitó que el EE pudiera entrar en el programa informático del Departamento de Justicia para consultar la lista de pacientes de cada centro con fecha de libertad prevista.

Procedimiento

Procedimiento interno

El control general del proyecto hasta su consolidación quedó vinculado a la dirección del PSP, y se articuló el liderazgo en la persona que dirigía a los profesionales de enfermería dentro del PSP. La implementación del proyecto se incluyó entre los objetivos incentivados de la dirección de todos los equipos de atención primaria penitenciaria (EAPP). Ha sido responsabilidad del equipo de dirección del EAPP impulsar, organizar y asegurar que el programa se implantara con normalidad.

Se decidió que no habría dedicación exclusiva del EE al programa y que las funciones serían asumidas por la plantilla convencional del EAPP. También se acordó que en cada EAPP se formaría específicamente en los procedimientos internos a dos enfermeros/as, aunque se recomendó ir ampliando esta formación a

toda la plantilla, para que el programa pudiera mantenerse sin dependencias personalizadas. Finalmente, se elaboraron los procesos y los requerimientos informáticos (Figura 1) para su correcto registro en la historia clínica-ECAP (programa de historia clínica informatizada que utilizan los médicos de familia, pediatras y enfermeros de atención primaria del ICS)²⁷.

Funciones y competencias del EE

El EE de cada EAPP debe realizar una búsqueda en el programa informático de la DGSPiR de los ingresados en su centro que está previsto que sean excarcelados en los próximos 40 días. La actuación del EE incluye revisiones (sin paciente) y visitas (con el paciente presente):

- Primera revisión: para comprobar en la historia clínica-ECAP las necesidades de cada paciente que será excarcelado en el plazo citado.
- Primera visita: para explicar al paciente el programa y su finalidad, pactar la derivación asistencial, firmar el consentimiento informado y comprobar el lugar de residencia postexcarcelación. Se debe aprovechar la entrevista para recordar la importancia de mantener los cuidados y de

no abandonar los tratamientos prescritos. En esta visita, deben detectarse también los posibles casos que serán excluidos del programa: 1) por manifestar su voluntad de residir fuera de Cataluña tras la excarcelación; 2) por ser pacientes pendientes de expulsión y con orden de ingreso en centros de internamiento de extranjeros (CIE); y 3) por ser pacientes derivados a medio abierto no comunicados al menos con cinco días de antelación.

- Segunda revisión: para confirmar que dispone de TSI o para tramitar su solicitud al Registro Central de Asegurados (compromiso de retorno en 15 días) y para tramitar, si procede, la petición de visitas a centros asistenciales externos.
- Segunda visita: para informar del plan programado y de la localización de los recursos y de los profesionales asignados, para reforzar la importancia de efectuar las visitas programadas y para repasar el plan de medicación. También se utiliza para informar al interno de que, en el momento de ser excarcelado, tendrá un sobre a su nombre con toda la información preparada por el EE. El sobre incluye: la TSI, un plan de medicación, un plan de visitas, un informe clínico dirigido al cen-

Nota. EAPP: Equipo de atención primaria penitenciaria. CIP: Código de identificación personal del TIS (tarjeta de identificación sanitaria). CAS: Centro de atención y seguimiento de Drogodependencias. CSM: Centro de Salud Mental. MHDA: medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria.

Figura 1. Representación gráfica de la hoja de registro de la actividad del enfermero de enlace (EE) en la historia clínica-ECAP (programa de historia clínica informatizada que utilizan los médicos de familia, pediatras y enfermeros de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud).

tro o centros de derivación y la medicación necesaria para garantizar la continuidad durante un máximo de 15 días.

- e. Tercera revisión: para registrar si el paciente ha acudido o no a las visitas programadas y las posibles incidencias (excarcelaciones antes del tiempo previsto o no realizadas, sobres no entregados o no recogidos, reingreso del paciente en prisión en los 15 días siguientes a la excarcelación, etc.).

Todas las revisiones o visitas efectuadas quedan recogidas en la historia clínica-ECAP, cuyos datos son explotados posteriormente mediante el seguimiento de indicadores clínicos del sistema de información de los servicios de atención primaria (SISAP)-ECAP²⁷ (Figura 2).

Procedimiento externo

Para asegurar la viabilidad del proyecto, se trabajó con la dirección del registro central de asegurados el procedimiento de acreditación de las personas que no disponían de TSI. Se consideró el tiempo pasado en prisión como un tiempo asimilable para el empadronamiento a efectos de su generación de derecho. Ade-

más, se presentó el programa a la autoridad sanitaria catalana, el CatSalut, el cual emitió una instrucción de obligado cumplimiento para todos los organismos y entidades sanitarias catalanas. En ella se facultaba al EE a solicitar una visita para los pacientes cuya libertad fuera inminente, y obligaba a todos los hospitales, centros de salud, centros de salud mental y centros de tratamiento de adicciones, a facilitarle una visita en un plazo máximo de 15 días desde el momento de la excarcelación.

La DGSPiR facilitó las líneas telefónicas y los puntos de conexión informática suplementarios que se precisaban. Finalmente, a través del CatSalut, se presentó el proyecto a todas las gerencias territoriales y a los responsables de admisiones de todos los centros sanitarios de Cataluña. Se solicitó a cada uno de ellos dos personas de contacto para el enfermero de enlace, uno operativo y uno de dirección, con sus direcciones electrónicas y teléfonos, disponiendo así los enfermeros de enlace de un mapeo de todos los dispositivos sanitarios a los que pueden solicitar la programación de visitas.

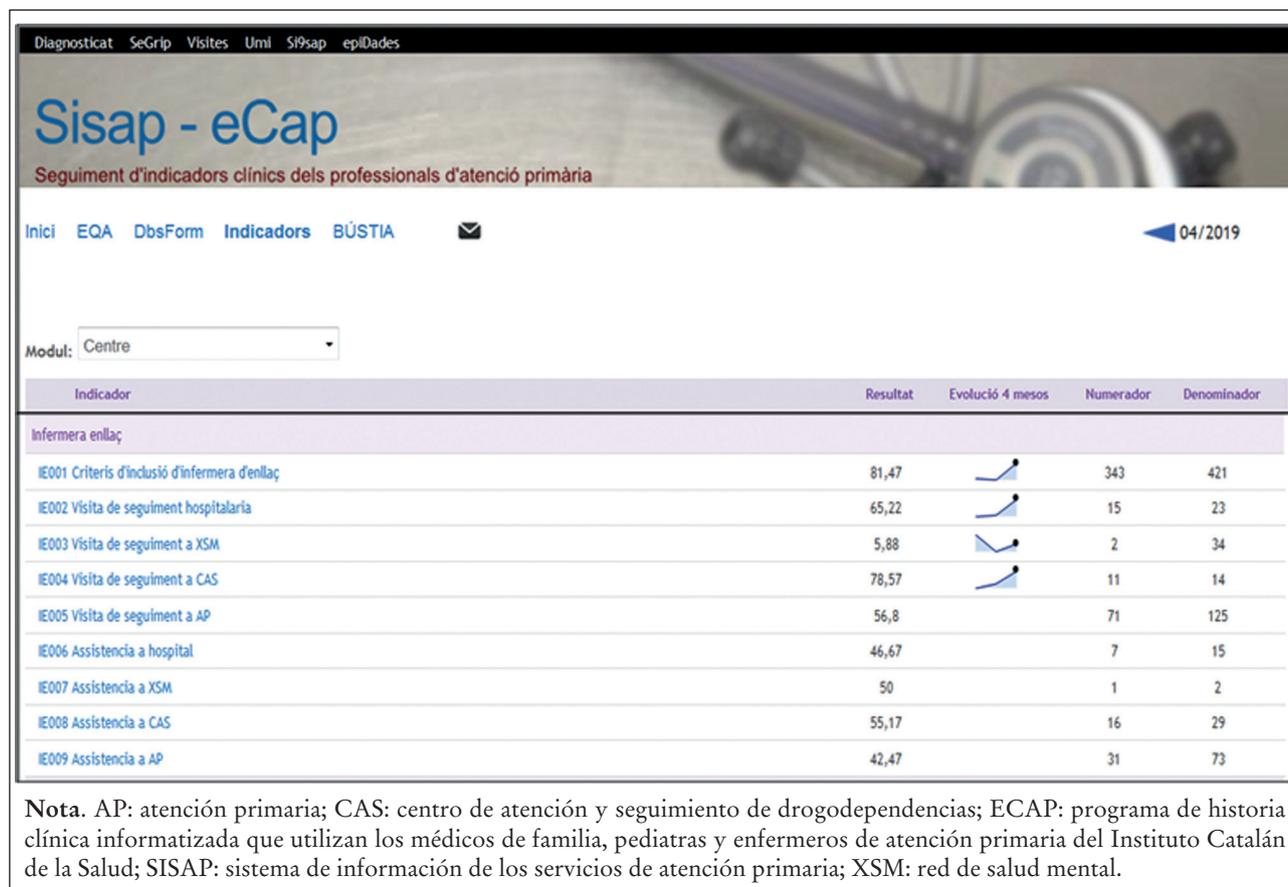


Figura 2. Representación gráfica del SISAP-ECAP (seguimiento de indicadores clínicos de los profesionales de atención primaria)²⁷.

RESULTADOS PRELIMINARES

El programa se ha implementado de forma escalonada hasta funcionar de forma plena. Al año, se disponen de resultados de necesidad de continuidad en atención en hospitalaria y de continuidad de drogodependencias en los 2.358 pacientes estudiados. Se precisó una atención hospitalaria postexcarcelación en 128 casos (el 5,4%) y atención en drogodependencias postexcarcelación en 146 (6,2%). Aproximadamente el 60% de la visitas necesarias se programó en el plazo de tiempo previsto y el 70% se efectuó de forma adecuada. A lo largo de este año, se dispondrá de datos anuales en continuidad asistencial de atención primaria y en salud mental.

CONCLUSIONES Y OPCIONES DE MEJORA

El EE se ha mostrado como un elemento de coordinación efectivo entre la salud penitenciaria y la salud convencional. Es de prever que los datos preliminares, que muestran una clara mejora en la coordinación intrapenitenciaria y extrapenitenciaria, podrán mejorar todavía más una vez que el programa se consolide de forma definitiva.

Es preciso definir un procedimiento para ingresados en prisión preventiva que cumpla también esta función de puente con los servicios de salud comunitarios. Además, en un futuro, probablemente deban incluirse en los procedimientos del EE la atención a internos que presentan no solo patologías, sino también relevantes factores de riesgo. Entre estos, y con carácter preferente, procedimientos que incluyan la detección y garanticen la continuidad asistencial de excarcelados con un riesgo moderado-alto de suicidio, aspecto en el que se está trabajando con carácter prioritario. Finalmente, debe hacerse un estudio en los pacientes pendientes de expulsión de la tipología y del tiempo de estancia en los centros de internamiento de extranjeros (CIE). Las estancias prolongadas precisarían de acuerdos específicos con los servicios sanitarios de los CIE para garantizar la atención sanitaria de esta población reclusa.

AGRADECIMIENTOS

Queremos mostrar públicamente nuestro agradecimiento a los enfermeros/as de enlace que han hecho posible implementar esta iniciativa: Roser Bautista, Núria Capella, Laura Charles, Lourdes García-González, Queralt Guixé, Helena Llaveró, Maite Montilla,

Mónica Pagarolas, María Esther Pérez-Gastón, Lidia Puig, Arturo Puig, Natividad Saperá, Mireia Sellés, Edelmira Serentill, Neus Solé, Ana Cristina Varoucha y Àngels Zamora.

CORRESPONDENCIA

Elisabet Turu
Programa de Salut Penitenciària
Institut Català de la Salut
Gran Via de les Corts Catalanes, 587-589.
08004 Barcelona
E-mail: eturu@gencat.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. [Internet]. BOE. 29 Abr 1986;102:15207-24. [fecha de acceso 26 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
2. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. [Internet]. BOE. 5 Oct 1979;239. [actualizado 1 Jul 2003]. [fecha de acceso 26 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-23708-consolidado.pdf>
3. Naciones Unidas. 70/175. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Resolución aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2015. [Internet]. 2016. [fecha de acceso 26 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10266.pdf?view=1>
4. Solans O, Gallego C, Hernández-Corbacho S, García-Cuyas F, González-Quintana M, Sarquella E. HC3: la experiencia hacia la integración de la Historia Clínica en Cataluña. [Internet]. [fecha de acceso 26 Abr 2019]. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/laexperienciacatalana_hc3_solans_gomez_web.pdf
5. Departament de Justícia. Descriptors Estadístics Serveis Penitenciaris i Rehabilitació. [Internet]. 2019. [fecha de acceso 26 Abr 2019]. Disponible en: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/
6. Jones M, Kearney GD, Xu X, Norwood T, Proescholdbell SK. Mortality Rates and Cause of Death Among Former Prison Inmates in North Carolina. *N C Med J.* 2017;78:223-9.

7. Désesquelles A, Kensey A. The death toll of French former prisoners. *Eur J Epidemiol.* 2017;32:939-41.
8. Spittal MJ, Forsyth S, Borschmann R, Young JT, Kinner SA. Modifiable risk factors for external cause mortality after release from prison: a nested case-control study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28:224-33.
9. Binswanger IA, Blatchford PJ, Mueller SR, Stern MF. Mortality after prison release: opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Ann Intern Med.* 2013;159:592-600.
10. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Tverdal A, Strang J, Clausen T. High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction.* 2017;112:1432-9.
11. Chang Z, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2015;2:422-30.
12. Forsyth SJ, Carroll M, Lennox N, Kinner SA. Incidence and risk factors for mortality after release from prison in Australia: a prospective cohort study. *Addiction.* 2018;113:937-45.
13. Rosen DL, Schoenbach VJ, Wohl DA. All-cause and cause-specific mortality among men released from state prison, 1980-2005. *Am J Public Health.* 2008;98:2278-84.
14. Huber F, Merceron A, Madec Y, Gadio G, About V, Pastre A, et al. High mortality among male HIV-infected patients after prison release: ART is not enough after incarceration with HIV. *PloS One.* 2017;28;12:e0175740.
15. Kinner SA, Young JT, Carroll M. The pivotal role of primary care in meeting the health needs of people recently released from prison. *Australas Psychiatry.* 2015;23:650-3.
16. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. ESDIP 2016. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016. [fecha de acceso 13 Abr 2018]. Disponible en: <http://servicios.mpr.es/VisorPublicaciones/visordocumentosicopo.aspx?NIPO=680170956&SUBNIPO=0001>
17. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2016. [Internet]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016. [fecha de acceso 26 Abr 2019]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2018_MEMORIA_2016.pdf
18. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry.* 2012;200:364-73.
19. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health.* 2011;21:321-32.
20. García-Guerrero J, Marco A, Sáiz de la Hoya P, Vera-Remartinez EJ, Grupo PREVALHEP de prisiones. Estudio multicéntrico de prevalencia de infección tuberculosa latente en los internados en prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010;12:79-85.
21. Marco A, Solé N, Orcau A, Escribano M, del Baño L, Quintero S, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection in inmates recently incarcerated in a men's prison in Barcelona. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16:60-4.
22. Marco A, Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J y Grupo PREVALHEP. Estudio multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012;14:19-27.
23. Saiz de la Hoya P, Marco A, García-Guerrero J, Rivera A, Prevalhep study group. Hepatitis C and B prevalence in Spanish prisons. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2011;30:857-62.
24. Shavit S, Aminawung JA, Birnbaum N, Greenberg S, Berthold T, Fishman A, et al. Transitions Clinic Network: Challenges And Lessons In Primary Care For People Released From Prison. *Health Aff (Millwood).* 2017;36:1006-15.
25. Reingle Gonzalez JM, Businelle MS, Kendzor D, Staton M, North CS, Swartz M. Using mHealth to Increase Treatment Utilization Among Recently Incarcerated Homeless Adults (Link2Care): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc.* 2018;7:e151.
26. Smith D, Harnett S, Flanagan A, Hennessy S, Gill P, Quigley N, et al. Beyond the Walls: An Evaluation of a Pre-Release Planning (PRP) Programme for Sentenced Mentally Disordered Offenders. *Front Psychiatry.* 2018;9:549.
27. SI9SAP. Avisos i notificacions del SISAP. [Internet]. En: SI9SAPICS.wordpress.com. 12 Jul 2013. [fecha de acceso 12 Dic 2018]. Disponible en: <https://si9sapics.wordpress.com/2013/07/12/accessos/>