Original

RESP

Análisis de la demanda sanitaria urgente en un centro penitenciario

Maestro-González A^{1,2,3}, Sánchez-Zaballos M^{1,3}, Mosteiro-Díaz MP¹,
Zuazua-Rico D^{1,3}

¹Departamento de Medicina. Área de Enfermería. Universidad de Oviedo. Oviedo.

²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo.

³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

RESUMEN

Objetivos: Analizar los motivos de atención urgente hospitalaria de los internos de un centro penitenciario y su relación con sus características sociodemográficas.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se recogieron variables sociodemográficas y referentes a la demanda sanitaria urgente de los internos de un centro penitenciario durante nueve años.

Resultados: Se estudiaron un total de 972 atenciones hospitalarias. Los motivos de consulta más frecuentes fueron, en orden descendente: politraumatismos, problemas en las extremidades y disnea, siendo los lunes y miércoles los días de la semana con mayor afluencia ($p < 0,001$). La estancia media en caso de hospitalización fue de 6,1 días (desviación estándar: 4,3), precisando más días de ingreso las causas no traumáticas ni los intentos de suicidio o las lesiones secundarias. La mayoría de los internos procedentes de África, Asia y América acudieron a los servicios de urgencias por lesiones traumáticas, al contrario que los europeos, que lo hicieron por lesiones no traumáticas y no relacionadas con tentativas de suicidio ($p < 0,001$). Los internos europeos fueron 4,2 años mayores que los africanos y 4,7 años mayores que los americanos ($p < 0,001$).

Discusión: Encontramos una clara diferencia entre los motivos de atención urgente en función de la nacionalidad de los internos, destacando que los europeos fueron los más longevos. Estos resultados manifiestan que el conocimiento de la demanda asistencial penitenciaria es de vital importancia en diversos aspectos, como organización, prevención y ubicación de unidades asistenciales.

Palabras clave: medicina de emergencia; urgencias médicas; prisiones; salud pública.

ANALYSIS OF EMERGENCY HEALTHCARE DEMAND IN A PRISON

ABSTRACT

Objective: To analyze the reasons for seeking emergency medical care amongst prison inmates and their relationship to socio-demographic characteristics.

Material and method: An observational, descriptive and retrospective study was carried out. We collected the sociodemographic variables of inmates and their healthcare needs at the referral hospital over nine years.

Results: A total of 972 hospital visits were included. The most common healthcare needs, in descending order, were multiple trauma, limb problems and dyspnea. Mondays and Wednesdays were found to be the busiest days ($P < 0.001$). The average stay in cases of hospitalization was 6.1 (SD: 4.3) days; patients with nontraumatic healthcare needs required a longer stay. The majority of the inmates native to Africa, Asia and America received emergency healthcare services due to traumatic injuries; by contrast the most common injuries among Europeans were non-traumatic and unrelated to suicide attempts ($P < 0.001$). European inmates were on average 4.2 years older than Africans and 4.7 years older than American inmates ($P < 0.001$).

Discussion: The reasons for seeking emergency care are clearly differentiated according to the inmates' nationality, one notable outcome was the greater longevity of European internees. These results highlight the importance of understanding healthcare demand within the prison system in order to better address considerations such as prevention, organization and the location of healthcare units.

Keywords: emergency medicine; emergencies; prisoners; public health.

Texto recibido: 26/09/2020

Texto aceptado: 19/02/2021

INTRODUCCIÓN

En agosto de 2019, más de 58.000 personas se encontraban internadas en las prisiones españolas¹. Naciones Unidas establece el derecho de la población reclusa a una adecuada atención sanitaria, sin embargo, dicho sector presenta mayor morbilidad y mortalidad que el resto de la comunidad²⁻⁴.

La evolución del tratamiento penal del delito y del delincuente ha sufrido a lo largo del tiempo una transformación en la forma y el contenido, con un progresivo desplazamiento al concepto de pena como medio de rehabilitación social más que a un objetivo sancionador exclusivo de disuasión social⁵.

El sistema penitenciario español aplica una política reformista. Esta tiene presente el hecho del delito y la responsabilidad del delincuente, pero dentro de una voluntad de cambio, reconociendo la dignidad humana, la finalidad reinseradora y el respeto a los derechos individuales de los internos⁵.

Cabe añadir que las condiciones en las situaciones de reclusión exacerban los síntomas de los pacientes con enfermedades mentales, encontrando tasas de suicidio y riesgo de psicopatología en la población reclusa muy superiores a las de la población general⁶⁻⁸. También se ha observado a lo largo del tiempo la gran influencia que tiene la personalidad sobre las conductas delictivas⁹: en investigaciones llevadas a cabo sobre este grupo poblacional, se ha hallado una prevalencia de hasta once veces mayor de enfermedad mental que en el resto de la población¹⁰. En España, el 17,6% de los reclusos tienen antecedentes o presencia de trastornos mentales, registrándose intentos de suicidio o lesiones secundarias en un 2,7% de los internos¹¹. Además, la presencia de psicopatología incrementa la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH)¹².

Los motivos por los que los internos de las prisiones solicitan asistencia sanitaria han sido escasamente estudiados tanto a nivel internacional¹³⁻¹⁶ como nacional^{17,18}.

Así pues, conocer las características de las necesidades sanitarias de la población reclusa puede ayudar a establecer estrategias preventivas para mejorar la

salud de los internos, así como optimizar la gestión de los recursos de los SUH a los que son derivados^{19,20}.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar los motivos de atención urgente hospitalaria de los internos de un centro penitenciario español y su relación con las características sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en el que fueron incluidos todos los internos de un centro penitenciario español que acudieron al servicio de urgencias de su hospital de referencia entre los años 2006 y 2014 (ambos inclusive). La prisión es exclusivamente masculina, y presenta una media poblacional de 524,8 personas/mes. El centro penitenciario proporciona asistencia médica y de enfermería en horario de mañanas (de 8:00 a 15:00 h) y no dispone de unidad de hospitalización. Cuenta, además, con diferentes programas: prevención de riesgos laborales, prevención de suicidio y resolución de conflictos que permiten evitar las agresiones a psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Para garantizar el anonimato de todos los participantes del estudio, se decidió no desvelar el centro que se estudió.

Tras obtener autorización de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, perteneciente al Ministerio del Interior, y la dirección del propio centro, se recopilaron los datos de manera presencial. Los investigadores no tuvieron acceso a la información que pudiera identificar a los participantes durante o después del proceso de recolección de datos. Del mismo modo, ha sido realizado de acuerdo con las pautas éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales.

Se recogieron variables sociodemográficas (edad y nacionalidad) y referentes a la demanda sanitaria urgente de los internos (fecha y motivo de consulta, diagrama de atención según el sistema de triaje

de Manchester [MTS, *Manchester Triage System*]²¹, ingreso hospitalario y duración). Un único investigador fue el encargado del proceso de recogida de datos, con la finalidad de evitar sesgos durante el proceso.

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics para Windows versión 22.0 y R Statistical Software versión 3.6.2. Las variables cuantitativas se describieron a través de la media aritmética, desviación estándar y el rango. Las variables cualitativas se expresaron a través de frecuencias y porcentajes. Posteriormente se realizó un análisis bivalente para la comparación de distintas variables cualitativas utilizando el método chi cuadrado. Se comprobó la normalidad y homocedasticidad con el test de Shapiro-Wilk y el test de Bartlett. La distribución de la muestra no cumplió criterios de normalidad, por lo que para comparar variables cualitativas con dos o más categorías con variables cuantitativas, se empleó el análisis de Kruskal-Wallis. En caso de ser estadísticamente significativo se realizaron pruebas *post hoc* con el estadístico T2 Tamhane.

RESULTADOS

Se observaron 972 derivaciones al SUH procedentes de 614 internos (con un mínimo de 1 y un máximo de 6 visitas por persona), correspondiendo con una tasa media de incidencia de 4,9 visitas/año. Durante los 9 años, únicamente se registraron 2 fallecimientos.

Las características de la población y las relativas a la demanda urgente pueden observarse en la Tabla 1 y la Figura 1, respectivamente.

Las nacionalidades más prevalentes fueron: española (78,4%), marroquí (5,1%), rumana (3,3%) y argelina (2,2%).

Se hallaron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre la edad de los usuarios que acuden al SUH y el continente de procedencia, observando que los europeos eran los internos más longevos (con una media de 38,4 años), mientras que los más jóvenes fueron los originarios de Asia (31,7 años). Tras realizar pruebas *post hoc*, encontramos que los internos europeos eran de media 4,2 años mayores que los africanos y 4,7 años mayores que los americanos.

Al categorizar los motivos de consulta en función de su etiología, las lesiones no traumáticas y aquellas no relacionadas con tentativas de suicidio fueron las más habituales (48,6%), seguidas de las lesiones traumáticas (41,2%) y las autolesiones (10,2%) (Tabla 1).

El motivo de consulta al SUH más frecuente, clasificados según los diagramas de atención del MTS, fue el politraumatismo (226 atenciones; 23,3%), seguido

Tabla 1. Características sociodemográficas y relacionadas con la atención sanitaria

	Media	DE	Mín.	Max.	N	%
Edad	37,7	10,3	18	81		
Días de ingreso hospitalario	6,1	4,3	1	18		
Edad agrupada						
30 años o menos					251	25,8
31-60 años					296	71,6
Mayor de 60 años					25	2,6
Continente de origen						
Europa					826	85,0
África					88	9,1
Asia					10	1,0
América					48	4,9
Día de la semana						
Lunes					162	16,7
Martes					148	15,2
Miércoles					163	16,8
Jueves					142	14,6
Viernes					156	16,0
Sábado					121	12,4
Domingo					80	8,2
Mes						
Enero					81	8,3
Febrero					76	7,8
Marzo					73	7,5
Abril					89	9,2
Mayo					101	10,4
Junio					66	6,8
Julio					95	9,8
Agosto					80	8,2
Septiembre					71	7,3
Octubre					87	9,0
Noviembre					85	8,7
Diciembre					68	7,0
Año de la visita						
2006					113	11,6
2007					131	13,5
2008					94	9,7
2009					152	15,6
2010					106	10,9
2011					116	11,9
2012					99	10,2
2013					78	8,0
2014					83	8,5
Tipo de lesión						
Traumática					400	41,2
Tentativa de suicidio					99	10,2
Otras					471	48,6

Nota. DE: desviación estándar; Máx.: máximo; Mín.: mínimo.

Figura 1. Motivos de consulta en el servicio de urgencias hospitalarias según los diagramas de atención del sistema de triaje de Manchester (n;%).

por la disnea (83 atenciones; 8,6 %) y los problemas en las extremidades (83 atenciones; 8,6%) (Figura 1). De acuerdo con el sistema de triaje MTS, “autolesiones” es un diagrama exclusivo que puede incluir lesiones de carácter traumático y no traumático.

Se halló relación entre el continente de procedencia y el motivo de consulta al SUH ($p < 0,001$), objetivando que el 50% de los internos procedentes de Europa, acudieron por motivos no traumáticos o autolesivos, el 56,8% de los reclusos africanos y el 60% de los asiáticos lo hicieron por lesiones traumáticas, mientras que el 52,1 y el 47,9% de los americanos lo hicieron por lesiones traumáticas y otras dolencias, respectivamente.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre el número de días de ingreso hospitalario y el tipo de lesión, siendo el grupo “otros” el que más estancia media precisó (12,9 días), frente al grupo “autolesiones” (10,4 días).

Por último, también se halló una relación estadística ($p < 0,001$) entre el número de atenciones y el día de la semana, siendo los domingos los días que menos visitas se registraron (8,2 %), mientras que los lunes y los miércoles fueron los días de mayor afluencia (16,6 y 16,7%, respectivamente).

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar los motivos de asistencia sanitaria urgente hospitalaria de los reclusos de una prisión española, objetivándose diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la nacionalidad de los internos.

La respuesta a la demanda sanitaria urgente presenta una gran complejidad, y la interacción del ciudadano con la prestación médica en este ámbito es altamente frecuente y necesaria. Hoy en día, este tipo de atención se entiende englobado en un sistema integral que aúna los diferentes niveles asistenciales implicados, configurando un proceso de atención único²².

Los servicios de urgencias en España vienen sufriendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que se ha pasado del 11,5% de la población atendida en 1987 a un 30,1% en 2017²³, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se exige²⁴.

A pesar de que el conocimiento de la demanda sanitaria urgente de la población penitenciaria resulta de interés para Sistema Nacional de Salud, es escasa la literatura relacionada con este sector poblacional, tanto a nivel hospitalario^{13,17-18} como en atención primaria¹⁴.

En esta investigación, se observaron 972 visitas al SUH por parte de los internos del centro penitenciario durante el periodo analizado (con una media de 108 visitas/año y una tasa de incidencia de 4,9 visitas/año), siendo un número mucho menor al señalado en un estudio llevado a cabo en Suiza, en el que se observaron 851,5 visitas por año¹⁸. Si bien dicho artículo no especifica el número de centros que participaron en el estudio, la población media ni la tasa de incidencia, para realizar una comparación objetiva.

Coincidiendo con los resultados de este estudio, los informes más recientes del sistema penitenciario español reflejaron un total de 3.882 hospitalizaciones durante el año 2018, siendo los motivos más frecuentes los problemas digestivos y respiratorios. Aunque los datos no coinciden con nuestros hallazgos, es posible que se deba a la ausencia de detalle de las razones de consulta a los SUH, siendo factible que las causas traumáticas fueran el motivo principal, pero no requiriera hospitalización²³.

En cuanto al país de procedencia de los internos, resalta ampliamente España sobre los demás países (78,4%). Estos datos son similares a los encontrados en otros estudios llevados a cabo en el territorio nacional, en los que el porcentaje de reclusos de origen español oscila entre el 64 y el 90%^{17,25}.

La edad de los participantes (con una media de 37,7) resultó ser muy similar a la indicada en otros estudios, en los que oscilaba entre los 31 y los 46 años^{17,18,26}. Además, observamos que los internos europeos tuvieron 4,2 más años que los africanos y 4,7 más que los americanos. No hemos encontrado aportaciones científicas previas en las que se repitan estos resultados, por lo que puede ser interesante introducir dichas variables en futuras investigaciones, con el fin de establecer posibles relaciones que expliquen estos hallazgos.

Por otro lado, resulta llamativo que, al contrario de lo evidenciado en otros estudios^{27,28}, el día de la semana en el que menos visitas se registraron al SUH, con amplia diferencia, fue el domingo (80 visitas), mientras que el resto de la semana se registraron entre 121 (los sábados) y 163 (los miércoles). Una posible explicación puede estar en el régimen de visitas penitenciarias y la realidad social de los familiares y allegados de los reclusos que, como norma general, destinarán sus días no laborables a este objetivo. De esta manera, puede ocurrir que el interno considere más beneficiosa la visita familiar frente a la atención sanitaria y retrase esta última. Otro hecho que puede influenciar el resultado es el propio régimen penitenciario del recluso, que puede incluir permisos durante los fines de semana.

En cuanto a la causa por la que los internos acudieron al SUH (siguiendo los criterios del MTS), llama la atención que el 23,3% de las visitas se realizó por politraumatismos, destacando ampliamente frente a la segunda y tercera causa (“problemas en las extremidades” y “disnea”: 8,5% de los casos, respectivamente). Nuestro resultado difiere del estudio llevado a cabo en Suiza¹⁸, en el que se observó que el motivo más frecuente eran las enfermedades mentales. A primera vista, estos resultados pueden parecer dispares a los obtenidos en el presente estudio, sin embargo, teniendo en cuenta que muchos trastornos mentales llevan asociados cierto nivel de agresividad²⁹ y, por tanto, un riesgo mayor de producir lesiones (traumatismos/problemas en las extremidades), los hallazgos pueden ser valorados desde una misma perspectiva. Por otra parte, coincidimos con el realizado en Estados Unidos, en el que los traumatismos fueron el principal motivo de consulta en un 16,8%³⁰.

El tipo de lesión que presentaron los participantes con más frecuencia fueron las lesiones no traumáticas ni autolesivas. Destaca el hecho de que las autolesiones fueran causantes de tan pocas atenciones médicas en comparación con las anteriormente citadas, ya que teniendo en cuenta las altas prevalencias de enfermedades mentales en las prisiones, cabría esperar que hubiera un mayor número de intentos de suicidio o lesiones secundarias.

Resulta interesante que el 50% de los internos europeos acudiesen a urgencias por lesiones no traumáticas ni relacionadas con tentativas de suicidio, mientras que la mayoría de los africanos, asiáticos y americanos, lo hicieron por lesiones traumáticas. Este resultado podría estar relacionado con el hecho de que los reclusos europeos fueran significativamente mayores, derivándose en una posible mayor prevalencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones. Además, se observa una clara relación entre la edad de los internos y el motivo de visita a urgencias, siendo más frecuentes las causas traumáticas en los internos más jóvenes (34,2 años para lesiones; 35,8 años para autolesiones; y 41,2 años para lesiones no traumáticas ni relacionadas con intentos de suicidio).

A la hora de estudiar los días de ingreso hospitalario, resulta llamativo que el tipo de lesión que más tiempo de estancia precisó fueran las no traumáticas ni las relativas a tentativas de suicidio. Este resultado puede verse explicado por la necesidad de tratamiento hospitalario de larga duración en el caso de enfermedades médicas o agudización de enfermedades crónicas, mientras que las lesiones traumáticas no graves pueden resolverse con inmovilizaciones o cirugía menor/mayor ambulatoria, que propician un alta hospitalaria temprana.

También se observó que, al igual que la población no reclusa³¹, los internos mayores de 60 años precisaron más tiempo de ingreso hospitalario que los demás grupos de edad, dato no sorprendente debido al aumento de la morbilidad inherente a la edad, así como a las complicaciones asociadas a otras enfermedades previas.

Los resultados de nuestra investigación indican las causas traumáticas como el problema más prevalente de asistencia urgente en los reclusos, lo que puede sugerir la necesidad de investigar las conductas de riesgo en los centros que impliquen esos accidentes. En España, existe un programa específico de prevención de conductas violentas en centros penitenciarios de reciente implantación, por lo que los resultados de su puesta en marcha aún no están disponibles³². Por otra parte, aunque las causas de intentos de suicidio o lesiones secundarias no fueron tan elevadas como se esperaba, existe evidencia suficiente que sugiere que el entrenamiento en resiliencia de los reclusos o el propio diseño de las instalaciones pueden mejorar la salud mental y el bienestar de los encarcelados, así como disminuir la tasa de reincidencia^{33,34}.

Este estudio presenta una serie de limitaciones a considerar. En primer lugar, los autores no tuvieron acceso al historial penitenciario ni de salud de los internos, por lo que se desconocen los motivos de reclusión o los antecedentes personales referidos a enfermedades crónicas, que pueden resultar útiles para evaluar las necesidades específicas de la población. En segundo lugar, cabe la posibilidad de que exista un sesgo de confusión, ya que pueden no haberse tenido en cuenta y analizado todas las variables confusoras. Además, puede ser que los resultados obtenidos no se puedan extrapolar a toda la población penitenciaria española, teniendo en cuenta que el estudio ha sido realizado tomando como referencia un único centro.

Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de continuar con el estudio de la demanda sanitaria urgente de la población penitenciaria, con el fin de mejorar la calidad asistencial y garantizar una organización más eficiente y un empleo adecuado de recursos en los propios centros penitenciarios y el SUH del centro de referencia.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación

Ninguna.

CORRESPONDENCIA

Marta Sánchez-Zaballos
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Departamento de Medicina. Área de Enfermería.
Universidad de Oviedo.
Av. Julián Clavería, s/n. 33006 Oviedo. Asturias.
E-mail: sanchezzmarta@uniovi.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio del Interior. Gobierno de España. Anuario estadístico del Ministerio del Interior. [Internet]. 2020. [Citado 25 Agosto 2020]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/anuarios-y-estadisticas>
2. Baker EF, Moskop JC, Geiderman JM, Iserson KV, Marco CA, Derse AR. Law Enforcement and Emergency Medicine: An Ethical Analysis. *Ann Emerg Med*. 2016;68(5):599-607.
3. Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C, eds. Prisons and health. [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2014. [Citado 15 May 2020]. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf
4. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Recopilación de reglas y normas de Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal [Internet]. Nueva York: UNODC; 2016. [Citado 10 Mar 2020]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/compendium/S_Ebook.pdf
5. Enríquez-Rubio Hernández H. La prisión. Reseña histórica y conceptual. *Cienc Juríd*. 2013; 1(2):11-28.
6. Barry LC, Steffens DC, Covinsky KE, Conwell Y, Li Y, Byers AL. Increased Risk of Suicide Attempts and Unintended Death Among Those Transitioning From Prison to Community in Later Life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(11): 1165-74.
7. Shepherd SM, Spivak B, Arabena K, Paradies Y. Identifying the prevalence and predictors of suicidal behaviours for indigenous males in custody. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1159.
8. Vanya M, Devosa I. Prevalence of psychiatric disorder-related consequences in male prisoners: a cross-sectional study. *Public Health*. 2018;154:11-3.

9. Medina García PM, Baños Rivera RM. Psychometric prediction of penitentiary recidivism. *Psicothema*. 2016;28(2):194-200.
10. Kouyoumdjian FG, Cheng SY, Fung K, Orkin AM, McIsaac KE, Kendall C, et al. The health care utilization of people in prison and after prison release: A population-based cohort study in Ontario, Canada. *PLoS One*. 2018;13(8):e0201592.
11. García-Vita MM, Añaños-Bedriñana FT, Fernández-Sánchez MP. Emotional well-being amongst female inmates in prisons: the relevance of their addictive history and their country of origin. *Rev Esp Sanid Penit*. 2017;19(3):79-86.
12. Basterra-Gortari V. Demand for emergency for care Spanish adults with a current or past history of mental health problems. *Emergencias*. 2017;29(2):136-7.
13. Brunetti ND, Dellegrottaglie G, Di Giuseppe G, De Gennaro L, Di Biase M. Prison break: Remote tele-cardiology support for cardiology emergency in Italian penitentiaries. *Int J Cardiol*. 2013;168(3):3138-40.
14. Green S, Foran J, Kouyoumdjian FG. Access to primary care in adults in a provincial correctional facility in Ontario. *BMC Res Notes*. 2016;9:131.
15. Harel N, Moskovitch JT, Weiland TJ, Augello MR. Review article: Common emergency department presenting complaints of prisoners: A systematic review. *Emerg Med Australas*. 2019;31(2):183-92.
16. Kinner SA, Alati R, Longo M, Spittal MJ, Boyle FM, Williams GM, et al. Low-intensity case management increases contact with primary care in recently released prisoners: a single-blinded, multisite, randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(7):683-8.
17. Del Busto de Prado F, Játiva Quiroga V. Emergency departments and the penitentiary population. *Rev Esp Sanid Penit*. 2011;13(3):72-4.
18. Pfortmueller C, Aulmann G, Lindner G, Perrig M, Müller T, Zimmermann H, et al. Emergency department admissions to a prison hospital: a retrospective cohort study from Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13753.
19. Colbert AM, Goshin LS, Durand V, Zoucha R, Sekula LK. Women in Transition: Experiences of Health and Health Care for Recently Incarcerated Women Living in Community Corrections Facilities. *Res Nurs Health*. 2016;39(6):426-37.
20. Silverman-Retana O, Servan-Mori E, Bertozzi SM, Orozco-Núñez E, Bautista-Arredondo S, López-Ridaura R. Prison environment and non-communicable chronic disease modifiable risk factors: length of incarceration trend analysis in Mexico City. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(4):342-48.
21. Asociación Grupo Español de Triage Manchester (GET Manchester). [Internet]. En: Get Manchester.net. Oviedo: GET Manchester; 2003. [Citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.get-manchester.net/p%C3%A1gina-principal>
22. Sesma J, Miró O. Urgencias y emergencias: al servicio del ciudadano. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 (S1):5-6.
23. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud 2017. [Internet]. MSCBS; 2018. [Citado 20 Mar 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
24. Soler W, Gómez-Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(S1):55-68.
25. López de Goicoechea-Saiz ME, Sternberg F, Portilla-Sogorb J. Prevalence and associated risk factors of latent tuberculosis infection in a Spanish prison. *Rev Esp Sanid Penit*. 2018;20(1):4-10.
26. Meyer JP, Qiu J, Chen NE, Larkin GL, Altice FL. Emergency Department Use by Released Prisoners with HIV: An Observational Longitudinal Study. *PLoS One*. 2012;7(8):e42416.
27. Sánchez M, Smally AJ. Comportamiento de un servicio de urgencias según el día de la semana y el número de visitas. *Emergencias*. 2007;19:319-22.
28. Peral Rodríguez R, Estévez González F, García Montoya L. Motivos de ingreso más frecuentes y variables relacionadas en la sala de reanimación de urgencias. *Enferm Clin*. 2009;19(3):136-40.
29. Wolff N, Morgan RD, Shi J, Huening J, Fisher WH. Thinking Styles and Emotional States of Male and Female Prison Inmates by Mental Disorder Status. *Psychiatr Serv*. 2011;62(12):1485-93.
30. Koester L, Brenner JM, Goulette A, Wojcik SM, Grant W. Inmate Health Care Provided in an Emergency Department. *J Correct Health Care*. 2017;23(2):157-61.
31. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2016. [Internet]. INE; 2018. [Citado 10 Mar 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/emh_2016.pdf
32. Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior. Programa de Intervención en Conductas Violentas (PICOVI). [Internet]. Ministerio del Interior; 2017. [Citado 14 Ago 2021]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y>

- publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias
33. Söderlund J, Newman P. Improving Mental Health in Prisons Through Biophilic Design. *Prison J.* 2017;97(6):750-72.
34. Mannocci A, Mipatrini D, D'Egidio V, Rizzo J, Meggiolaro S, Firenze A, et al. Health related quality of life and physical activity in prison: a multicenter observational study in Italy. *Eur J Public Health.* 2018;28(3):570-6.