



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la
salud pública dentro del Sistema Nacional
Penitenciario y Carcelario Colombiano.
*Una mirada desde la óptica territorial y organizacional***

Víctor Hugo Piñeros Báez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2014

**Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la
salud pública dentro del Sistema Nacional
Penitenciario y Carcelario Colombiano.
*Una mirada desde la óptica territorial y organizacional***

Víctor Hugo Piñeros Báez

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Salud Pública

Director:
Doctor Carlos Arturo Sarmiento Limas

Línea de Investigación:
Epidemiología y Evaluación en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2014

«Le bien certes est désirable quand il intéresse un individu pris à part ; mais son caractère est plus beau et plus divin, quand il s'applique à un peuple et à des Etats entiers» Aristote.

Este trabajo de grado se lo dedico.....

A Dios, a Jesucristo nuestro señor y a la Santísima Virgen María, quienes han guiado mis pasos y me han brindado consuelo en los momentos de duda y angustia, además por hacer florecer en mí, el interés por mejorar la vida de la población reclusa.

De igual forma a.....

Mi madre María Consuelo, por su afecto, dedicación y apoyo para el logro de mis estudios.

Mi padre Víctor Manuel, por inculcarme la honestidad, la humildad y el trabajo.

Mi hermano mayor Javier, por ser un excelente guía y darme ánimo para terminar mis estudios de maestría.

Mis hermanos Abel Eduardo y Rubén Darío, por ser mis compañeros de aventura y el motor de mi vida.

Mi tía Sara, por brindarme su cariño y apoyo durante los momentos de dificultad.

Mis profesores de la Universidad Nacional de Colombia, de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, del Gimnasio la Campiña y de la Concentración Escolar Nueva Colombia, por ser excelentes guías y maestros.

Agradecimientos

Deseo agradecer en gran medida a las autoridades penitenciarias que me brindaron todo el apoyo para la planeación, desarrollo y logro de este trabajo de grado. De igual forma a la población reclusa que me permitió conocer sus realidades sanitarias.

Adicionalmente a mis profesores de la Maestría en Salud Pública, que me permitieron fortalecer mis conocimientos y mis competencias profesionales frente al reto de contribuir en la solución de las principales problemáticas que afectan la salud y el bienestar de la población privada de la libertad.

Resumen

La medición de las capacidades institucionales para el ejercicio de la salud pública es sin duda un proceso prioritario que toda organización con funciones sanitarias debe emprender, y más aún, cuando tiene una población vulnerable a cargo. Es por ello, que la presente investigación tomando como base las directrices emanadas por la Organización Panamericana de la Salud y las realidades sanitarias de las prisiones colombianas, puso en consideración su evaluación dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario. Por lo tanto y para concretar esta intención, se seleccionó como actor representativo al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC-, en virtud a que esta Institución tiene entre sus responsabilidades, la administración de la pena, el desarrollo del proceso de resocialización y hasta el año 2012 tuvo la rectoría exclusiva en materia sanitaria.

En este marco y partiendo del enfoque de vigilancia en salud pública, se procedió al reconocimiento sanitario bajo un diseño de carácter descriptivo, que permitió caracterizar las realidades sociodemográficas, epidemiológicas, higiénico-sanitarias e institucionales que presentaba el INPEC.

Bajo este rigor y una vez finalizado este reconocimiento, se procedió a medir las 11 funciones esenciales, mediante el acceso a sus tres niveles de organización territorial, contando para ello, con los aportes de 8 funcionarios relacionados con la gestión de la salud pública intramural. En este respecto, la medición se desarrolló en la Dirección General, en la Dirección Regional Central y en el Complejo Metropolitano de Bogotá-COMEB “La Picota”. De igual forma se indica, que para instrumentar la medición se utilizó la herramienta de la OPS, la cual fue ajustada teniendo en consideración las competencias, responsabilidades y campos de acción que en materia sanitaria le concede el ordenamiento jurídico a la Institución.

Como resultado de ello, al final del proceso de investigación se presenta una DOFA situacional que precisa los aspectos críticos que desde la órbita territorial y organizacional logran influenciar el presente y el devenir de la salud pública penitenciaria.

A nivel de conclusión, se evidenció que los procesos y las acciones sanitarias dentro del ámbito de prisiones presentan un conjunto de carencias y rezagos que son producto de la falta de claridad a nivel de la rectoría en salud pública, así mismo se identificó que el INPEC está sometido a un proceso de desinstitucionalización sanitaria debido a la transferencia de sus funciones y responsabilidades, que a la larga precisará mayores obstáculos en la ardua tarea de garantizar la salud de la población reclusa.

Palabras clave:

Prisiones, Salud de Grupos Específicos, Funciones esenciales en salud pública, cárceles saludables.

Abstract

Measuring the institutional capabilities for the exercise of public health is definitely a priority process that every organization should undertake health functions, and more, when you run a vulnerable population. Therefore, the present investigation was based on the guidelines issued by the Panamerican Health Organization and health realities of Colombian prisons took into account its assessment within the National Penitentiary and Prison System. Therefore, and to realize this intention, how representative al-INPEC Actor-Prison, National Penitentiary and pursuant to this institution has among its responsibilities, management of grief, the development process of rehabilitation and was selected to the 2012 had the exclusive stewardship in health.

In this context and based on the approach of public health surveillance, we proceeded to the health examination under a descriptive design, which allowed to characterize the socio-demographic, epidemiological, sanitary and institutional realities that had INPEC.

Under this rigor and once this recognition is finished, we proceeded to measure the 11 essential functions through access to three levels of territorial organization, counting with input 8 officials related to the management of intramural health. In this respect, the measurement was conducted in the General Directorate, Central Regional Bureau and Metropolitan Complex Bogota COMEB "La Picota". Similarly indicated that to implement the measurement tool OPS, which was adjusted to take into account the skills, responsibilities and fields of action in health statute grants the institution was used.

As a result, at the end of the research process that requires situational SWOT critical issues from the territorial and organizational achieve orbit influence the present and the future of public health presents prison.

In summary, it was shown that processes and health activities within the scope of prisons present a set of shortcomings and gaps that result from the lack of clarity at the level of the rectory in public health, also identified that INPEC is subjected to a process of deinstitutionalization health due to the transfer of their functions and responsibilities, which will eventually require major obstacles in the arduous task of ensuring the health of the prison population

Keywords:

Prisons, Health of specific groups, Essential Public Health Functions, Healthy Prisons.

Contenido

	Pág.
Introducción.....	17
Capítulo 1. Formulación y planteamiento del objeto de estudio	18
1.1 Enunciación del problema de investigación	18
1.2 Delimitación del objeto de estudio	24
1.3 Justificación	24
1.4 Objetivos de Investigación.....	25
1.4.1 Objetivo general.....	25
1.4.2 Objetivos específicos	25
Capítulo 2. Marco teórico.....	26
2.1 Demografía y salud penitenciaria	27
2.1.1 Demografía penitenciaria y carcelaria	27
2.1.1.1 La población reclusa en el mundo.....	28
2.1.1.2 La población reclusa en América.....	29
2.1.2 Realidad de la sanidad en prisiones	33
2.1.3 La asistencia sanitaria en prisión.....	35
2.1.4 La Investigación sanitaria en prisión.....	37
2.1.5 Realidades epidemiológicas en prisión	42
2.2 Enfoques de la acción sanitaria en la prisión colombiana	46
2.2.1 El enfoque de gestión social del riesgo.....	47
2.2.2 El enfoque de derechos.....	53
2.2.3 El enfoque poblacional	63
2.2.4 El enfoque de determinantes	64
2.2.5 El enfoque de perspectiva de género.....	67
2.3 Teoría y praxis de las Funciones Esenciales de Salud Pública.....	69
2.3.1 Generalidades de las FESP.....	69
2.3.2 Particularidades y fines de las FESP	70
2.3.3 Experiencias colombianas en la medición de las FESP.....	74
2.3.3.1 Experiencia de medición en el Departamento de Antioquia	75
2.3.3.2 Experiencia de medición en el departamento de Valle del Cauca.....	77
2.3.3.3 Experiencia de medición en el Departamento de Caldas	78
Capítulo 3. Diseño Metodológico de la Investigación.....	80
3.1 Tipo de estudio.....	80
3.2 Fases de Investigación.....	80
3.3 Operacionalización de las variables.....	81
3.4 Población y muestra	83
3.4.1 Definición de unidades estadísticas	83
3.4.2 Definición de poblaciones.....	83

3.4.3	Definición de muestras	83
3.5	Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	84
3.5.1	Métodos	84
3.5.2	Técnicas	85
3.5.3	Instrumentos	85
3.6	Procedimiento de tabulación y análisis	85
3.7	Aspectos éticos	86
Capítulo 4. Resultados de la investigación		87
4.1	Procesos socio-demográficos y epidemiológicos en la población reclusa	87
4.1.1	Perfil sociodemográfico nacional, regional y local	88
4.1.1.1	Aspectos demográficos nacionales y regionales	88
4.1.1.2	Aspectos demográficos locales	94
4.1.2	Perfil epidemiológico nacional, regional y local	100
4.1.2.1	Aspectos epidemiológicos y sanitarios del nivel nacional	101
4.1.2.2	Aspectos epidemiológicos regionales y locales	108
4.2	Caracterización del entorno físico de reclusión	113
4.2.1	Evaluación y hallazgos de la Estructura 1	114
4.2.2	Evaluación y hallazgos de la Estructura 2	116
4.2.3	Evaluación y hallazgos de la Estructura 3	117
4.3	Descripción de la política penitenciaria en salud pública	120
4.3.1	Desde el planteamiento normativo	121
4.3.2	Desde la acción institucional	122
4.4	Medición de la capacidad penitenciaria para el ejercicio de la salud pública	127
4.4.1	Resultados generales de la medición institucional	129
4.4.2	Resultados específicos por FESP	131
4.4.3	Comparación de la realidad institucional	144
4.5	Dimensionamiento del diagnóstico situacional	148
4.5.1	Análisis Interno: Debilidades	149
4.5.2	Análisis Interno: Oportunidades	152
4.5.3	Análisis Externo: Fortalezas	153
4.5.4	Análisis Externo: Amenazas	154
5.	Conclusiones y Recomendaciones	155
5.1	Conclusiones	155
5.2	Recomendaciones	157
Anexo A: Categorías y aspectos a evaluar del orden higiénico, sanitario y ambiental en el ámbito penitenciario y carcelario		159
Anexo B: Resultados proceso de medición de las funciones esenciales de salud pública en el ámbito penitenciario		166
Referencias bibliográficas		171

Lista de figuras

	Pág.
Figura 2-1. Estructura de estudio y construcción del marco teórico	26
Figura 2-2. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes de países OECD-2013 o año más reciente reportado	29
Figura 2-3. Análisis de la problemática sanitaria en prisiones	37
Figura 2-4. Comportamiento histórico de la producción científica en salud pública en prisiones	38
Figura 2-5. Localización geográfica de la producción científica en salud pública en prisiones	39
Figura 2-6. Organización del INPEC y sus niveles territoriales	51
Figura 2-7. Problemáticas sanitarias de base del sistema penitenciario y carcelario -2011	52
Figura 2-8. Evolución histórica de las realidades sanitarias del sistema penitenciario y carcelario	59
Figura 2-9. Estructura de las Funciones Esenciales de Salud Pública FESP	70
Figura 4-1. Aspectos sociodemográficos epidemiológicos nacionales, regionales y locales estudiados	87
Figura 4-2. Capacidad de reclusión, población reclusa y % de hacinamiento por regional- dic 31 de 2013	88
Figura 4-3. Distribución población reclusa sindicada y condenada por regional- dic 31 de 2013	89
Figura 4-4. Distribución de participación por género población reclusa- dic 31 de 2013	91
Figura 4-5. Distribución de la reclusión de hombres y mujeres por regional- dic 31 de 2013	92
Figura 4-6. Distribución de hombres y mujeres por rangos de edad- dic 31 de 2013	92
Figura 4-7. Distribución de población reclusa por estrato socioeconómico- dic de 2011	93
Figura 4-8. Distribución de población reclusa por nivel de escolaridad- dic 31 de 2013	93
Figura 4-9. Distribución de población reclusa con condición excepcional-dic 31 de 2013	94
Figura 4-10. Localización del COMEB “La Picota” sobre mapa de Bogotá D.C.	95
Figura 4-11. Panorámica nueva estructura COMEB Bogotá “La Picota”	95
Figura 4-12. Panorámica antiguas estructuras COMEB Bogotá “La Picota”	96
Figura 4-13. Distribución por tipo de población COMEB Bogotá-31 de diciembre de 2013	96
Figura 4-14. Distribución por edad y género de población COMEB Bogotá-31 de diciembre de 2013	97
Figura 4-15. Distribución por nivel escolar COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013	97
Figura 4-16. Distribución por condición excepcional COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013	98
Figura 4-17. Distribución de la reincidencia COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013	99
Figura 4-18. Distribución por fase de tratamiento penitenciario COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013	100
Figura 4-19. Distribución por plan ocupacional COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013	100
Figura 4-20. Distribución del aseguramiento población reclusa-30 de noviembre de 2013	101
Figura 4-21. Comportamiento Rubro del sistema integral de salud 2008-2012 INPEC	102
Figura 4-22. Distribución de los procedimientos y actividades asistenciales realizadas por CAPRECOM a dic 2012	103

Figura 4-23. Distribución de causas consulta medicina externa registrada por CAPRECOM a Dic 2012	103
Figura 4-24. Distribución de casusas consulta por odontología registrada por CAPRECOM a Dic 2012	104
Figura 4-25. Distribución eventos de interés en salud pública registrada por CAPRECOM a dic 2012	105
Figura 4-26. Evolución Tasas de suicidio por cada 1000 reclusos periodo 2008-2012 casos registrados INPEC	107
Figura 4-27. Comportamiento tasa de mortalidad por cada 1000 reclusos, sobre registro defunciones CAPRECOM 2012	107
Figura 4-28. Distribución discapacidad registrada por CAPRECOM a dic 2012	108
Figura 4-29. Distribución de los procedimientos y actividades asistenciales del COMEB por CAPRECOM y reportadas por SDS. I semestre 2012	109
Figura 4-30. Distribución de las causas más frecuentes de consulta del COMEB por CAPRECOM y reportadas por SDS. I semestre 2012	110
Figura 4-31. Tasas ENO's según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012	111
Figura 4-32. % prevalencia de VIH según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012	112
Figura 4-33. % prevalencia de ERC según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012	112
Figura 4-34. Resultados Globales de la medición de la FESP INPEC 2014	129
Figura 4-35. Resultados medición indicadores FESP 1 INPEC 2014	132
Figura 4-36. Resultados medición indicadores FESP 2 INPEC 2014	133
Figura 4-37. Resultados medición indicadores FESP 3 INPEC 2014	134
Figura 4-38. Resultados medición indicadores FESP 4 INPEC 2014	135
Figura 4-39. Resultados medición indicadores FESP 5 INPEC 2014	136
Figura 4-40. Resultados medición indicadores FESP 6 INPEC 2014	137
Figura 4-41. Resultados medición indicadores FESP 7 INPEC 2014	138
Figura 4-42. Resultados medición indicadores FESP 8 INPEC 2014	139
Figura 4-43. Resultados medición indicadores FESP 9 INPEC 2014	141
Figura 4-44. Resultados medición indicadores FESP 10 INPEC 2014	142
Figura 4-45. Resultados medición indicadores FESP 11 INPEC 2014	143

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2-1. Distribución demográfica población reclusa por continente-2013	28
Tabla 2-2. Tasas de reclusión por continente-2013	28
Tabla 2-3. Distribución población reclusa por región americana-2013	29
Tabla 2-4. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes por región americana-2013	30
Tabla 2-5. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países Norteamérica -2013	30
Tabla 2-6. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países Centroamérica -2013	31
Tabla 2-7. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países del Caribe -2013	31
Tabla 2-8. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países Suramérica -2013	32
Tabla 2-9. Descriptores más frecuentes relacionados con salud publica en prisiones - GoPubMed	39
Tabla 2-10. Descriptores más frecuentes relacionados con salud publica en prisiones- Embase	40
Tabla 2-11. Descriptores más frecuentes relacionados con salud publica en prisiones- Medline	41
Tabla 2-12. Investigación epidemiológica en España	42
Tabla 2-13. Investigación epidemiológica en Brasil	42
Tabla 2-14. Investigación epidemiológica en Chile	43
Tabla 2-15. Investigación epidemiológica en Cuba	43
Tabla 2-16. Investigación epidemiológica en Europa Occidental	44
Tabla 2-17. Investigación epidemiológica en Países desarrollados	44
Tabla 2-18. Investigación epidemiológica en México	45
Tabla 2-19. Investigación epidemiológica en Colombia	46
Tabla 2-20. Funciones misionales actores Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario	51
Tabla 2-21. Matriz legal general de normas aplicables a la sanidad Penitenciaria a 2014	58
Tabla 2-22. Porcentaje de haciamiento Regionales INPEC a 31 de diciembre 2013	66
Tabla 2-23. Relación de Funciones esenciales de Salud Publica	70
Tabla 2-24. Función No.1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	71
Tabla 2-25. Función No.2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	71
Tabla 2-26. Función No.3: Promoción de salud	71
Tabla 2-27. Función No.4: Participación de los ciudadanos en salud	72
Tabla 2-28. Función No.5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	72
Tabla 2-29. Función No.6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	72
Tabla 2-30. Función No.7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	73
Tabla 2-31. Función No.8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	73
Tabla 2-32. Función No.9: Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud	73

individual y Colectivo	
Tabla 2-33. Función No.10: Investigación en salud pública	74
Tabla 2-34. Función No.11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud publica	74
Tabla 2-35. Organización de equipos de trabajo para medición FESP-Antioquia	75
Tabla 2-36. Resultados globales de la medición de las FESP-Antioquia	76
Tabla 2-37. Resultados globales de la medición de las FESP-Valle del Cauca	78
Tabla 2-38. Distribución de grupos para evaluar las FESP- Caldas	79
Tabla 2-39. Resultados globales de la medición de las FESP-Caldas	79
Tabla 3-1. Relación fases de investigación, objetivos específicos y alcance operacional	80
Tabla 3-2. Operacionalización de variables	81
Tabla 3-3. Definición de poblaciones	83
Tabla 3-4. Definición de muestras	83
Tabla 3-5. Conformación de las muestras	84
Tabla 3-6. Relación de instrumentos	85
Tabla 3-7. Relación procedimiento de análisis	85
Tabla 4-1. Tasas de reclusión por departamento- calculo a dic 31 de 2013	90
Tabla 4-2. Distribución de participación por modalidad delictiva- Dic 31 de 2013	91
Tabla 4-3. Distribución de población reclusa por regional y nivel de escolaridad-2013	94
Tabla 4-4. Distribución de población reclusa con condición excepcional y regional-Dic 31 de 2013	94
Tabla 4-5. Distribución de delitos cometidos reclusos COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013	98
Tabla 4-6. Prevalencia por cada 100 reclusos, información de casos registrada por CAPRECOM a Dic 2012	105
Tabla 4-7. Cobertura de actividades de fomento y educación sobre población general, registrada por CAPRECOM a dic 2012	106
Tabla 4-8. Registro de casos de suicidio en el periodo 2008-2012 casos registrados INPEC	107
Tabla 4-9. Distribución del aseguramiento por régimen ASIS 2012	109
Tabla 4-10. Prevalencia por cada 100 reclusos de eventos de morbilidad más frecuente, información de casos del COMEB registrada por CAPRECOM y reportadas por SDS. I semestre 2012	110
Tabla 4-11. Distribución grandes grupos de causas según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012	111
Tabla 4-12. Categorías higiénico, sanitario y ambientales a evaluar en COMEB Bogotá-SDS 2013	113
Tabla 4-13. Resultado de evaluación higiénica, sanitaria y ambiental de la Estructura No.1 COMEB-Bogotá según Actas de inspección Vigilancia y Control SDS 2013	114
Tabla 4-14. Resultado de evaluación higiénica, sanitaria y ambiental de la Estructura No.2 COMEB-Bogotá según Actas de inspección Vigilancia y Control SDS 2013	116
Tabla 4-15. Resultado de evaluación higiénica, sanitaria y ambiental de la Estructura No.3 COMEB-Bogotá según Actas de inspección Vigilancia y Control SDS 2013	118
Tabla 4-16. Análisis de los enfoques de política desde la base jurídica vigente a 2014	121
Tabla 4-17. Análisis de los enfoques de política desde la acción institucional	123
Tabla 4-18. Escalas de interpretación medición FESP OPS/OMS	128
Tabla 4-19. Relación de funcionarios seleccionados medición FESP INPEC 2014	129
Tabla 4-20. Resultados de la comparación indicadores en el “Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves” frente al estándar y al valor nacional de referencia INPEC 2014	144
Tabla 4-21. Resultados de la comparación indicadores en el “Desarrollo de Capacidades e	146

Infraestructura” frente al estándar y al valor nacional de referencia INPEC 2014	
Tabla 4-22. Resultados de la comparación indicadores en el “Desarrollo de Competencias Descentralizadas” frente al estándar y al valor nacional de referencia INPEC 2014	147
Tabla 4-23. Descripción de debilidades	149
Tabla 4-24. Descripción de oportunidades	152
Tabla 4-25. Descripción de fortalezas	153
Tabla 4-26. Descripción de amenazas	154

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
ERON	Establecimiento de Reclusión del orden nacional
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia
DRC	Dirección Regional Central
FESP	Función Esencial de Salud Publica
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
COMEB	Complejo Metropolitano de Bogotá
SISPRO	Sistema Integral de información de la Protección Social
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
RUAF	Registro Único de Afiliados
BDAU	Base Única de Afiliados
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios
CAC	Cuenta de Alto Costo
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja

Introducción

Se puede advertir que la prisión como institución pública juega un papel preponderante en el entramado de las necesidades sociales, toda vez que por ser un instrumento de ordenamiento social, permite confinar y aislar al sujeto infractor del resto de la sociedad. De igual forma, sirve como engranaje vital para que el Estado ejerza una serie de acciones correctoras sobre el infractor, posibilitando la modificación de su conducta delictiva.

De otro lado, la prisión puede dimensionarse como una microsociedad donde tienen lugar diversas interrelaciones, las cuales son regidas por múltiples factores del ordenamiento jurídico, social, económico, político y cultural, que en ocasiones al estar desfasados o en estado carente propician la vulneración de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad. Y es pues, gracias a ello y tras ser sometida al juicio social, la prisión es denotada como un sistema en crisis, donde esencialmente la sociedad no pasa de catalogarla como “inhumana, vergonzosa, aterradora, atroz, bárbara o salvaje”¹, sin que se tomen acciones de fondo para reformular su vocación.

Bajo esta óptica, la desatención paulatina a la que es sometida la prisión ocasiona diversas eventualidades, entre ellas el menoscabo de la salud e integridad del recluso, dando paso a una problemática sanitaria de gran magnitud que difícilmente la Institución Penitenciaria podrá solventar sobre sus actuales presupuestos. Vulnerando en la población reclusa no solo el derecho a la salud, sino trasgrediendo su dignidad humana.

Ante este marco y dada la necesidad por instaurar estrategias sanitarias que coadyuven en el dimensionamiento de la prisión como un entorno saludable, se estructuró la siguiente investigación denominada *“Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional”*, dado que se vislumbró un escenario fértil para proponer el reconocimiento de las debilidades y fortalezas que en salud pública pudiera presentar el INPEC.

De igual forma, con el desarrollo de este proceso investigativo se quiso poner en relieve ciertos elementos de juicio que pueden ser destinados a repotenciar la función rectora del INPEC, de cara a los retos y desafíos que en materia sanitaria le impone la gestión de las prisiones colombianas.

¹ Bedoya Lima, Jineth. Te hablo desde la Prisión, donde se huele y se respira la muerte. Intermedio Editores. 2010. Pág. 32.

Capítulo 1. Formulación y planteamiento del objeto de estudio

1.1 Enunciación del problema de investigación

El establecimiento de las capacidades para el ejercicio de la salud pública es sin duda un proceso prioritario que toda organización con funciones sanitarias debe emprender, y más aún cuando tiene una población vulnerable a cargo. Es por ello, que la presente investigación tomando como base las realidades sanitarias de las prisiones colombianas, la iniciativa denominada *La Salud Pública en las Américas*² y los planteamientos destinados a la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública-FESP, puso en consideración su evaluación dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario.

Por lo tanto y para concretar esta intención, se seleccionó como actor representativo al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC-, en virtud a que esta Institución tiene entre sus responsabilidades, la administración de la pena, el desarrollo del proceso de resocialización y hasta el año 2012 tuvo la rectoría exclusiva en materia sanitaria. Fijada esta claridad, la puntualización del objeto problémico se desarrolló a partir de tres líneas discursivas que pretendieron situar desde la óptica de la prisión, del proceso de prisionalización y del recluso, las razones generales que han inducido al INPEC como Institución Penitenciaria, al desconocimiento de sus capacidades sanitarias y por ende de su vocación rectora en la materia, lo que ha derivado en un fenómeno recurrente de desinstitucionalización, traducido en la vulneración del derecho a la salud y aún más a grave, a dejar de lado la intervención del riesgo sanitario que se anida al interior de las prisiones del país.

Para dar claridad sobre este último hecho, esta desinstitucionalización se da por la precaria repotenciación de la función pública al interior del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario, que claramente no es un hecho nuevo, sino es un efecto sistemático de carácter

² La Organización Panamericana de la Salud –OPS- ha precisado que la Iniciativa *de La Salud Pública en las Américas* fue elaborada con el propósito de desarrollar un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en la Región de las Américas.

histórico-social que refleja una apatía estatal y un desapego social frente a la cuestión penitenciaria.

En este preámbulo y tomando como primera postura discursiva la concepción que tiene la prisión, se puede indicar que históricamente ha sido vislumbrada como una institución con gran valor utilitario, ya que socialmente las prisiones han sido dimensionadas como un mecanismo efectivo para lograr la privación de la libertad y de plano el restablecimiento del orden social. A luz de Vázquez³ se puede afirmar que la privación de la libertad y por ende la prisión, sirven para apaciguar una sociedad en permanente confrontación.

En lo concerniente a la prisión como necesidad social, Foucault⁴ resalta que la prisión ha sido vista como un mecanismo disciplinador, toda vez que instrumentaliza la pérdida de la libertad, valor inconmensurable para la vida de cualquier ser humano, además añade que su esencia es volver útiles y dóciles a los reclusos, precisando reorientar o reproducir comportamientos propios del orden social establecido. Bajo la mirada de Baltard⁵, las prisiones no son más que hospicios creados como garantía de la seguridad pública, destinados a la curación de las imperfecciones o defectos morales del pueblo. En esta misma vía añade Bassaglia⁶, que las cárceles son instituciones cerradas destinadas a “proteger a la sociedad del delincuente”, igualmente Bassaglia⁷ reitera que cuando el individuo rompe el juego social, el sistema lo marginaliza, y para ello la prisión cumple su misión de aislarlo.

Desde la postura de la prisión como mecanismo de transformación, se puede vislumbrar lo referido utópicamente por Bentham⁸, quién desde la óptica del panóptico concibe la prisión como un “establecimiento propuesto para guardar los presos con más seguridad y economía, y para trabajar al mismo tiempo en su reforma moral”. A la par de esta concepción, Goffman⁹ visualiza la prisión como una institución total, la cual puede definirse como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”.

Es por ello que a partir de estas reflexiones, se puede resaltar que la prisión ha sido llamada a cumplir una misión social, pero al mismo tiempo ha sido una institución despreciada, por todo aquello que resguarda, es decir el delito y por ende al delincuente. Al precisar esta última realidad, se pone en relieve el despojo progresivo al que es sometida la prisión como institución, dado que la sociedad se desapega de su cuidado y por ende de su fortalecimiento, por lo tanto, es poco lo que se puede esperar de su gestión y es mucho lo que se puede criticar de su parsimonia. Bajo esta óptica, la prisión puede ser visualizada fácilmente como una

³ Vázquez, Isabel Ramos. Arrestos, cárceles y prisiones en los derechos históricos españoles. (libro electrónico) Gobierno de España, Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2008. Pág. 19

⁴ Foucault, Michel. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Siglo XXI, 1983.

⁵ Baltard, Louis Pierre. Architectonographie des prisons. (Libro electrónico) Auteur, 1829. Pág. 8. Referencia traducida por el investigador

⁶ Bassaglia, Franco. Razón, locura y sociedad. (Libro electrónico) Siglo XXI, 1978. Pág. 16

⁷ *Ibíd.*, pág. 17

⁸ Bentham, Jeremy, María Jesús Miranda, and Michel Foucault. El panóptico. Ed la Piqueta. (Libro electrónico). 1979. Pág. 33.

⁹ Goffman, Erving. Internados. "Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores. (Libro electrónico). Buenos Aires. 1970. Pág. 13

institución inoperante y derrochadora de recursos. En este respecto, Ferrer¹⁰ comunica que la prisión vista como un servicio público “es un lugar que genera grandes gastos a la sociedad por culpa de los delitos de unos pocos.”

Sumado a esto, se puede sintetizar que la prisión ha sido objeto de diversas eventualidades que han venido debilitando y anulando su función social, siendo las más evidenciables aquellas relacionadas con la falta de políticas penitenciarias, la inadecuada organización institucional, la limitada disponibilidad de recursos públicos, la compleja situación de violencia, la constante degradación social, la limitada voluntad por mejorar la administración de justicia y la precaria inversión estatal. Ante esta realidad, Dammert¹¹ concluye que los gobiernos en el fondo, lo que hacen es asegurar que los delincuentes no estén afuera, pero no se preocupan de lo que sucede adentro.

Al vislumbrar la concepción de la prisión en Colombia, es claro que la sociedad colombiana exige la prisionalización del delincuente como parte del actuar de las autoridades policiales y de justicia, tal y como lo expresó Uprimny¹² al repentizar la opinión de los colombianos sobre la crisis carcelaria vivida en el año 2013 “...Muchos pensarán que estas horribles condiciones penitenciarias no deben preocuparnos pues consideran que quien está en la cárcel es porque se lo merece. Y entonces que sufran...”, a la luz de este pensamiento, se pone en evidencia la desafección manifiesta de la sociedad por sus cárceles, algo muy común en las sociedades actuales.

Frente a la realidad de la prisión en el país, el entonces director del INPEC, General Gustavo Adolfo Ricaurte¹³ expresó que “la situación penitenciaria en Colombia es cada vez más caótica. Hay 131.900 presos y cada año el número crece en 2 por ciento. El hacinamiento es tan agobiante, que la superpoblación llegó al 39.5 por ciento. Por su parte, el 20 por ciento de los reclusos se encuentran en viejas cárceles, que fueron conventos, colegios, estaciones, etc.”. En igual forma y al rastrear el desempeño estatal frente a las realidades penitenciarias del país, se vislumbra una inoperancia incólume, que en la voz del Defensor del Pueblo Jorge Armando Otálora¹⁴, se traduce en un llamado urgente para la acción estatal destinada solventar la crisis carcelaria, ese pronunciamiento se puede concretar así “...invitó a todas las

¹⁰ Ferrer, Isabel. Pagar con cárcel y por la cárcel. Diario el País. (Artículo online) 18 de marzo de 2014. (Consultado el 1 de julio de 2014). Disponible en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/03/18/actualidad/1395177246_886869.html

¹¹ Agence France-Presse. Cárceles latinoamericanas: barriles de pólvora a punto de explotar. Diario el tiempo. (Artículo periódico online). 17 de febrero de 2012 (Consultado el 19 de noviembre de 2013). Disponible en:

http://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11160361.html.

¹² Uprimny, Rodrigo. Crisis carcelaria. Diario el espectador. (artículo periódico online). 9 de febrero de 2013 (Consultado 5 de julio de 2013). Disponible en: <http://www.elespectador.com/opinion/crisis-carcelaria-columna-403881>

¹³ Idarraga, Gustavo. Hay que privatizar las cárceles. Diario el colombiano. (Artículo periódico online). Publicado el 10 de noviembre de 2013 (consultado el 4 de junio de 2013). Disponible en:

http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/H/hay_que_privatizar_las_carceles/hay_que_privatizar_las_carceles.asp

¹⁴ Colprensa. Reforma penitenciaria resolverá crisis carcelaria: Defensor del Pueblo. Diario el Colombiano (Artículo periódico online). Publicado el 22 de enero de 2014 (Consultado el 10 de julio de 2014). Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/R/reforma_penitenciaria_resolvera_crisis_carcelaria_defensor_del_pueblo/reforma_penitenciaria_resolvera_crisis_carcelaria_defensor_del_pueblo.asp

instituciones del Estado a intervenir de manera coordinada para poner fin a la vulneración y el desconocimiento de los derechos humanos de la población reclusa...”.

Al interiorizar este panorama, es fácil suponer que la Institución Penitenciaria se encuentra huérfana y sin el abrigo del aparato estatal, lo que conlleva a que se convierta una organización sin deriva que difícilmente será consciente de su rol social, lo que a la larga limitará su nivel de empoderamiento para hacer frente a su presente y futuro, dejándola como una Institución inoperante responsable de daños colaterales y destrucciones humanas. En resumen y a la luz de Yagüe¹⁵ “No es la cárcel, en fin, más que un reflejo fiel de la sociedad de su tiempo, dónde las carencias y las diferencias no solo desaparecen, sino que se agudizan”.

De otro lado y al examinar la concepción del proceso de prisionalización y sus efectos sobre la acción institucional, se puede destacar que este proceso tiene lugar dentro de las fronteras físicas y socioculturales de la prisión, toda vez que nace desde el mismo momento que el infractor ingresa al medio intramural y finaliza cuando el recluso recupera su libertad o recibe un beneficio sustitutivo. En otras palabras, se puede entender el proceso de prisionalización¹⁶ como “la adopción en mayor o menor grado de los usos, costumbres, tradición y cultura general de la penitenciaria”, es decir, la prisionalización debe ser comprendida como la paulatina adaptación a la vida intramural.

A la luz de esta realidad, se podría pensar que este proceso es exclusivo del recluso, pero se debe comprender que durante este horizonte de tiempo, la Institución Penitenciaria está llamada a contribuir con su actuar en la prevención de los efectos físicos, mentales y sociales que genera la prisionalización, toda vez que la prisión en sí es un escenario tóxico. En palabras de Segovia¹⁷ la prisionalización trae consigo una mudanza forzosa y un cambio de hábitat, posibilitando traumas y rupturas con los espacios de vida, con las relaciones sociales, con la representación individual y con el orden social. Por lo tanto debe comprenderse que la prisionalización contempla no solo el estado de encerramiento, sino obliga a seguir códigos, cumplir reglamentos y apropiarse un modo de vida, donde el recluso adquiere una nueva identidad sujeta a la prisión, al Estado, a los agentes penitenciarios y al mismo ambiente intramural. Al respecto Maia Neto¹⁸ cita que “la prisión por lo mejor que sea cuidada y por mejor que sea disfrazada, arrastra siempre malas consecuencias para la salud del sentenciado, perturbaciones mentales, psicosis carcelarias y otros males físicos y morales”.

Denotado esto, el proceso de prisionalización acarrea un sinnúmero de perjuicios que se ven agravados por la misma concepción e infraestructura de la prisión. Dammert¹⁹ et al., logran

¹⁵ Yague Olmos, Concepción. Madres en prisión, historia de las cárceles de mujeres a través de su vertiente maternal. Editorial Comares, S.L. Granada. 2007. Pág. 203

¹⁶ Rico, José M. Las sanciones penales y la política criminológica contemporánea. Siglo XXI (Libro electrónico). 1987. Pág. 82

¹⁷ Segovia Bernabé, José Luis. Consecuencias de la prisionalización. (Documento online). 2001 (Consultado el 10 de julio de 2014). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/iesalfonso_romero_barcojo/actividades_tic/trabajos_profesorado/unidades_didacticas/religion/carcel/fichero-00.Pdf

¹⁸ Maia Neto, Cândido Furtado. De la prisión a las alternativas - La abolición de la pena privativa de libertad. Conteúdo jurídico. (Artículo online). 2009 (Consultado el 2 de julio de 2014). Disponible en: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,de-la-prision-a-las-alternativas-la-abolicion-de-la-pena-privativa-de-libertad,23623.html>

¹⁹ Dammert Lucía et al. La cárcel: problemas y desafíos para las Américas. Editorial FLACSO. (Libro electrónico). 2008. Págs. 10-12/119-120.

resaltar que la complejidad de esta situación se expresa en graves problemas de hacinamiento, en la prolongada detención preventiva de los reclusos, en la situación de salud de los internos, en la escasa promoción de las medidas alternativas a la privación de la libertad, en la falta de capacitación de los funcionarios y en programas de rehabilitación y reinserción social insuficientes. Alineado con este discurso, Arroyo²⁰ et al., señalan que en materia sanitaria dentro de las prisiones se han detectado ambientes particulares que inciden negativamente en la salud de los reclusos, condiciones de sobrepoblación y deficientes circunstancias locativas y sanitarias, entre otras, que a lo largo del proceso de internamiento se convierten en factores de riesgo que favorecen la adquisición y transmisión de enfermedades. Además resaltan que la atención sanitaria se ve influenciada por la llegada masiva de personas a estos centros, lo que genera mayor riesgo de enfermedad y aumenta la demanda de servicios asistenciales.

Dicho esto, se destaca que la prisionalización trae consigo la manifestación de una subcultura carcelaria, la cual determina las representaciones socio-institucionales que rigen las relaciones entre los diversos actores de la comunidad penitenciaria, por tanto se puede indicar que según el grado de desarrollo de esta subcultura, así mismo se denotará el nivel de apropiación que exhibe la administración penitenciaria frente a las realidades intramurales. En este respecto vale la pena resaltar lo dicho por Gutiérrez²¹ que siendo citada por Galeano expresa que “la subcultura carcelaria combina estructuras sociales y de poder, elaborando su código de valores y manifestaciones específicas que regulan la vida cotidiana en el interior de los establecimientos, apreciando que las prisiones son vitrinas políticas del sistema vigente, ya que el grado de avance de una sociedad se refleja directamente en el estado de sus prisiones”.

Bajo este rigor, el proceso de prisionalización en las cárceles colombianas expresa de algún modo la cultura organizacional que esgrime la Institución Penitenciaria, ya que obligada por la desatención estatal, el INPEC logra entrar en un círculo de desapegos e incapacidades, donde el recluso y su proceso de internamiento es invisibilizado.

Una clara muestra de esta situación, sería las imperfecciones localizadas en el modelo sanitario que fueron rastreadas mediante un diagnostico situacional²², que entre otras cosas expresó falencias o desajustes operativos relacionados con el insuficiente personal médico, la falta de atención médica, la demora o traumatismo en el agenciamiento de citas, la no remisión de los internos a las citas médicas o a los hospitales, la suspensión de tratamiento médico, la falta de suministros médicos y de medicamentos, la falta de tratamiento médico adecuado y requerido, las deficiencias en la ejecución del contrato de salud, la falta de cumplimiento de estándares establecidos para la habilitación de áreas de sanidad, la ausencia de planeación y supervisión en pabellones por parte del área de salud, entre otros.

²⁰ Arroyo-Cobo, J. M et al. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 5 (2). Pág. 60-76. (Artículo revista online). 2012 (Consultado el 16 de febrero de 2014). Disponible en: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245>

²¹ Gutiérrez Ruíz, Laura Angélica. Normas Técnicas sobre administración de prisiones Edit. Porrúa 1996. pp 1. Citada por Galeano, Eduardo en: Los principales problemas de la prisión actual. (artículo online). 1 de abril de 2013 (consultado el 15 de junio de 2014). Disponible en: <http://ensaiosjuridicos.wordpress.com/2013/04/01/los-principales-problemas-de-la-prision-actual-eduardo-galeano/>

²² Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia, Dirección General. 100 días de gestión del 21 de diciembre de 2010 al 31 de marzo del 2011, Anexo No.1 Diagnostico Situacional. 2011.

Finalmente y teorizando alrededor de la concepción que se tiene del recluso, se puede afirmar que es un ser invisibilizado que paulatinamente es sometido al despojo de sus derechos humanos, toda vez que las sociedades anteponen el daño o delito causado a su valor como persona. Desde esta postura, se reconoce que las sociedades despojan a las personas privadas de la libertad de su dignidad humana²³, en parte por la necesidad de ver revertidos los prejuicios sociales causados llegando al extremo de la indolencia frente a su situación de reclusión.

Al respecto la Defensoría del Pueblo²⁴ precisa que “la distorsión se produce porque se cree que sólo son titulares de derechos humanos las personas virtuosas que cumplen sus deberes sociales y observan un buen comportamiento en sociedad”, ante esta situación, indudablemente estas personas verán vulnerada su condición humana, resultando en una marginalización y exclusión social, que a la larga llevará a sentirse ajenos al entramado social, reproduciendo infinitamente sus conductas delictivas. Bajo esta misma línea, Basaglia²⁵ expresó que “la cárcel está compuesta por personas destruidas, personas que esperaban salir, y que cuando salían volvían de nuevo a ella”. Por su parte Oviedo-Joekes²⁶ et al., reconocen que debido a esa exclusión social, el ingreso en prisión para muchos representa el primer acercamiento con la asistencia médica, dado que durante su vida en libertad nunca hicieron uso directo de los servicios de salud.

Otro hecho de interés resulta al visualizar la humanidad del recluso, ya que por ser un sujeto de necesidades requiere que se le brinde asistencia integral a lo largo de su proceso de internamiento, dónde la lógica sea suplir sus necesidades mínimas vitales, tales como la provisión de una locación para dormir, alimentación, saneamiento y servicios de salud, pero lamentablemente esto no puede ser posible, dado la acción paquidérmica del Estado que impone restricciones a su accionar, debido en parte a la falta de instrumentos públicos o la apatía manifiesta. Ante esto, Diuana Vilma²⁷ et al., indican que el aumento de la población carcelaria no va acompañado por un aumento progresivo de las capacidades penitenciarias, lo más crítico se presenta en la limitación de la infraestructura y del talento humano para atender a esta población.

En resumen desde esta órbita de análisis, la concepción del recluso resulta en una imagen difusa que adolece de significado, tal vez porque para el Estado y la sociedad, el recluso ha sido un actor de desestabilización social que a la luz del derecho deber ser disciplinado y reformado.

Es así pues que en virtud a lo expuesto, se puede abstraer que el estado de desconocimiento de las capacidades sanitarias que repentiza el INPEC, es tan solo el reflejo de un conjunto de

²³ Defensoría del pueblo de Colombia. Derechos de las personas privadas de libertad, Manual para su vigilancia y protección. Nueva Legislación Ltda. Bogotá. 2006. Pág. 71

²⁴ *Ibíd.*, pág. 71

²⁵ Basaglia. Op cit.

²⁶ Oviedo-Joekes Eugenia, et al. Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza 1999. *Rev Esp Salud Pública* Vol. 79, No. 1. (Artículo revista online). 2005 (Consultado el 6 de abril de 2014). Pág. 35-46 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n1/original2.pdf>

²⁷ Diuana Vilma, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* Vol. 24, No. 8 (Artículo revista online). 2008 (Consultado el 5 de abril de 2014). Pág. 1887-1896. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>

debilidades en cuanto al fortalecimiento y desarrollo de la función pública en el ámbito penitenciario, mediatizado esto, por la depreciación social que tienen las prisiones, por el desinterés para dar seguimiento al proceso de prisionalización y por la invisibilidad que tiene el recluso ante los ojos de la sociedad, lo que ha llevado a la que Institución entre en un ciclo de inoperancia y desinstitucionalización.

Por todo esto y basado en el objeto problémico, se fijaron como preguntas de investigación las siguientes:

- ¿Qué capacidad institucional presenta el INPEC para el ejercicio de la salud pública?
- ¿Qué factores condicionan o limitan el ejercicio de la salud pública penitenciaria al interior de los niveles territoriales y de gestión del INPEC?

1.2 Delimitación del objeto de estudio

Las fronteras investigativas fueron fijadas así:

- **Desde lo Técnico-conceptual:** se tomó en consideración las informaciones que en materia sanitaria y con cobertura a la población reclusa habían emitido el INPEC, el Ministerio de Salud y el prestador CAPRECOM-EPSS. Por su parte y en lo referido al cálculo de las capacidades sanitarias, se precisa que la medición se realizó sobre el INPEC atendiendo al proceso indicado por la Organización Panamericana de la Salud –OPS–, por lo tanto, también se hizo uso de la herramienta de medición que se encontraba disponible en la página web del organismo.
- **Desde lo espacial:** los ámbitos de abordaje fueron localizados según los niveles de organización y gestión del INPEC. Desde los niveles territoriales, se estudió la Dirección General con sede en Bogotá, la Dirección Regional Central y el Complejo Metropolitano de Bogotá- COMEB “La Picota”. Mientras desde los niveles de gestión, se acceso a funcionarios y procesos sanitarios de índole operativo, táctico y estratégico.
- **Desde lo temporal:** las informaciones consultadas refieren a publicaciones de carácter sanitario realizadas durante los años 2010 y 2013.

1.3 Justificación

Abordar el estudio de la salud pública penitenciaria posibilita entre otras cosas, conocer de primera mano las realidades, carencias, necesidades, problemas, progresos y tendencias que se dimensionan alrededor de su gestión y practica; de igual forma, propicia la generación de una línea base con miras a la renovación de su actuar, frente a las necesidades de salud que presentan las personas privadas de la libertad. Bajo este enfoque, la presente investigación pretendió calcular las capacidades institucionales del INPEC para el ejercicio de la salud pública tomando como base el conocimiento de sus mecanismos de gestión y las prácticas

sanitarias más habituales, destinado a repotenciar su función rectora a la luz de las 11 funciones esenciales promovidas por la OPS.

En adición, también se buscó propiciar una aproximación alrededor de los aspectos críticos que inciden en la configuración de la prisión como entorno saludable, toda vez que se dio abordaje a un conjunto de realidades epidemiológicas, sanitarias e institucionales que obstaculizan el progreso de la Institución Penitenciaria en materia del restablecimiento de los derechos a la salud, vida y bienestar sobre la persona del ser humano privado de la libertad.

De igual forma y amparado en el “principio de equivalencia”²⁸, esta investigación promueve el desarrollo de las capacidades institucionales en salud pública en el medio intramural, posibilitando con ello disminuir las brechas, inequidades y desigualdades en salud entre las personas privadas de la libertad y la población libre.

1.4 Objetivos de Investigación

1.4.1 Objetivo general

Realizar un diagnóstico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano, destinado a la localización de los aspectos críticos que deben ser intervenidos en procura de la optimización de la acción y rectoría sanitaria.

1.4.2 Objetivos específicos

- Realizar una aproximación a la situación de salud que presenta la población reclusa, mediante la construcción de un perfil sociodemográfico y epidemiológico desde el abordaje nacional, regional y local.
- Caracterizar las condiciones higiénicas, sanitarias y ambientales inherentes a los entornos penitenciarios colombianos, mediante la identificación de los principales factores-determinantes relacionados con el entorno físico de reclusión.
- Describir la concepción y las líneas de acción sanitaria que la institución penitenciaria ha desarrollado en sus diferentes niveles de organización territorial.
- Determinar la capacidad penitenciaria de ejecución de las funciones esenciales de la salud pública, destinado a la precisión del conjunto de factores que condicionan o limitan su ejercicio.

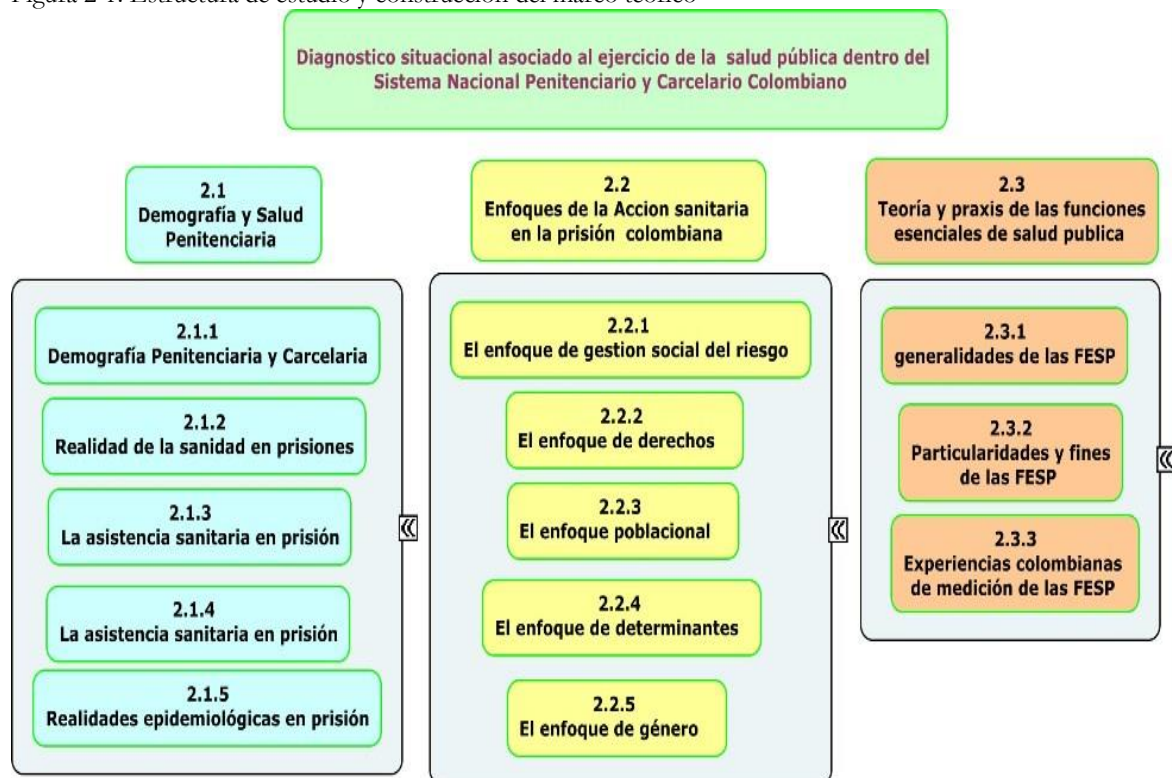
²⁸ Carranza, Elías et al., Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y Tratamiento del delincuente, ILANUD, Instituto Raoul Wallenberg de Derechos Humanos y derecho Humanitario. Siglo XXI editores. Lund, Suecia. 2009.

Capítulo 2. Marco teórico

Teniendo en consideración el objeto y alcance de la presente investigación, se definió en la figura 2-1 una guía de estudio bajo las siguientes líneas epistemológicas:

- Demografía y salud penitenciaria,
- Enfoques de la acción sanitaria en la prisión colombiana, y
- Teoría y praxis de las funciones esenciales de salud pública.

Figura 2-1. Estructura de estudio y construcción del marco teórico



Fuente: Elaboración del investigador

2.1 Demografía y salud penitenciaria

Recurrentemente la salud y la enfermedad han sido temas de interés dentro del ámbito de prisiones, toda vez que alrededor de ellos, se han desarrollado debates donde se pone de manifiesto la urgencia de implementar mecanismos técnico-científicos e institucionales para sufragar las carencias sanitarias que aquejan a la población privada de la libertad, toda vez que estos espacios son considerados potencialmente riesgosos, no solo para la salud de los reclusos sino también para los agentes penitenciarios y la comunidad en general.

Precisado esto, el presente apartado teórico pone en análisis los diversos conocimientos, experiencias y percepciones alrededor de los fenómenos penitenciarios de carácter demográfico y sanitario. En especial, se describen algunas realidades epidemiológicas que determinan el devenir de los procesos de salud y enfermedad dentro del ámbito intramural.

2.1.1 Demografía penitenciaria y carcelaria

Como primer paso para intentar comprender las realidades que gobiernan los sistemas penitenciarios y carcelarios, se precisa una aproximación a los fenómenos demográficos, los cuales se relacionan con el ingreso y egreso de población infractora. Bajo esta óptica, situar la mirada sobre la denominada demografía penitenciaria posibilita entre otras cosas, el descubrimiento de un sinnúmero de dinámicas poblacionales que refieren a la sobrepoblación de los sistemas de prisiones, además de una inquietante proyección demográfica que va en aumento, a raíz de la creciente y marcada criminalidad mundial.

Al respecto, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE-²⁹ ha denotado que las tasas de reclusión y las dinámicas poblacionales en prisiones, están siendo afectadas de forma constante por el nivel de criminalidad de las sociedades, el marco normativo penal y la eficiencia en la aplicación del marco penal. Sobre ello, Carranza³⁰ refiere que las tasas de reclusión además se ven afectadas por la frecuencia de los fenómenos delictivos y por las políticas de incentivo al mayor uso de la justicia penal y la prisión. En este sentido y según el International Centre for Prisons Studies³¹ en el año 2013 más de 10.2 millones de personas alrededor del mundo estaban retenidas en sistemas penitenciarios.

Así mismo agregó que casi la mitad de la población reclusa se encontraba detenida en Estados Unidos con 2.24 millones, China con 1.64 millones y Rusia con 640 mil prisioneros. Sin embargo, estableció que alrededor del 54% de los países y territorios poseían tasas de reclusión por debajo de 150 reclusos por cada 100.000 habitantes.

²⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OECD-. "Prison population" in OECD, OECD Factbook. 2010: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. En:

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-factbook-2010/prison-population_factbook-2010-95-en

³⁰Carranza, Elías. Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe. Anuario de Derechos Humanos, No 8. (Artículo online). 2012 (consultado el 20 de mayo de 2014). Pág. 31-66. Disponible en:

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewArticle/20551>

³¹ International Centre for Prisons Studies. 10th World Prison Population List. (Reporte online). 2013 (consultado 26 de mayo de 2014). Disponible en:

<http://www.prisonstudies.org/news/more-102-million-prisoners-world-new-icps-report-shows>

Adicionalmente al estudiar estas cifras y la distribución por continente, tabla 2-1, se puede evidenciar que las mayores aglomeraciones de población reclusa se localizan en Asia con el 36.6%, seguido por América con el 36.2% y Europa con el 16.6 %.

Tabla 2-1. Distribución demográfica población reclusa por continente-2013

Continente	Población Reclusa Estimada	%
África	1.008.125	9,9%
América	3.683.829	36,2%
Asia	3.728.392	36,6%
Europa	1.714.387	16,8%
Oceanía	46.306	0,5%
Total	10.181.039	100,0%

Fuente: cálculos realizados por el investigador para 2013 sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

De igual forma, al calcular las tasas de reclusión por continente, tabla 2-2, se evidencia que las mayores refieren al continente americano con 386 y a Europa con 205 reclusos por cada 100.000 habitantes respectivamente. Mientras la menor tasa registrada asciende a 89 reclusos por cada 100.000 habitantes, localizándose está en el continente asiático, continente que tiene el 60.4% de la población mundial.

Tabla 2-2. Tasas de reclusión por continente-2013

Región	Población Reclusa	Población continente	% población continente	Tasa de reclusión * 100000
África	1.008.125	910.007.900	13,2%	111
América	3.683.829	954.904.300	13,8%	386
Asia	3.728.392	4.167.553.700	60,4%	89
Europa	1.714.387	835.418.380	12,1%	205
Oceanía	46.306	37.535.000	0,5%	123
Total	10.181.039	6.905.419.280	100,0%	147

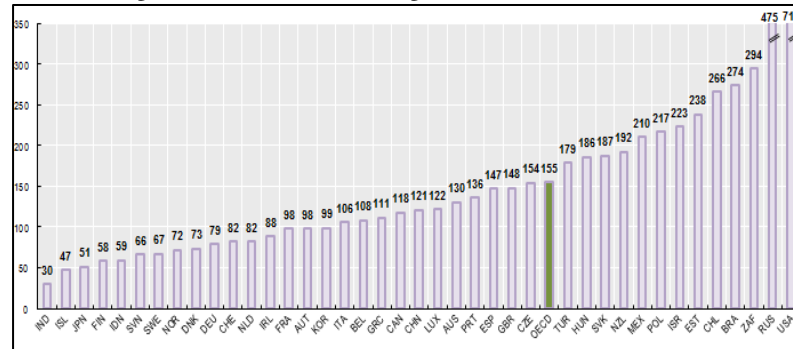
Fuente: cálculos realizados por el investigador para 2013 sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

2.1.1.1 La población reclusa en el mundo

Para visualizar el comportamiento de la población reclusa por país, se consideró relevante hacer énfasis en los países vinculados a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OECD-, toda vez que son los países que refieren mejores políticas de bienestar económico y social para sus ciudadanos.

Bajo esta línea, se tomó como referencia la distribución y las tasas de reclusión registradas en el informe *OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics* capítulo "Prison population"; además se realizó una actualización de las cifras y cálculos tomando como referencia los datos presentados en la 10 versión del World Prison Population List. Como resultado de ello, en la figura 2-2 se presentan las tasas calculadas para el año 2013, observándose que las mayores tasas de reclusión las reportan Chile con 266, Brasil con 274, Sudáfrica con 294, la Federación Rusa con 475 y Estados Unidos con 716 reclusos por cada 100.000 habitantes respectivamente.

Figura 2-2. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes de países OECD-2013 o año más reciente reportado



Fuente: Cálculos realizados por el investigador a partir de datos de la 10 versión de World Prison Population List y del empleo de presentación grafica suministrado en el capítulo "Prison population" del OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics.

De igual forma se identifica que la tasa promedio para la OCDE se ubica en 155 reclusos por 100.000 habitantes, registrando un aumento considerable frente a la registrada en el 2009 que fue de 140³².

En este sentido, se identifican 27 países con tasas por debajo de la media, siendo ellos: India (IND), Islandia (ISL), Japón (JPN), Finlandia (FIN), Indonesia (IDN), Eslovenia (SVN), Suecia (SWE), Noruega (NOR), Dinamarca (DNK), Alemania (DEU), Suiza (CHE), Países Bajos (NLD), Irlanda (IRL), Francia (FRA), Austria (AUT), Corea (KOR), Italia (ITA), Bélgica (BEL), Grecia (GRC), Canadá (CAN), China (CHN), Luxemburgo (LUX), Australia (AUS), Portugal (PRT), España (ESP), Reino Unido (GBR) y República Checa (CZE).

Mientras que por encima de la media se registran las tasas de 13 países, Turquía (TUR), Hungría (HUN), República Eslovaca (SVK), Nueva Zelanda (NZL), México (MEX), Polonia (POL), Israel (ISR), Estonia (EST), Chile (CHI), Brasil (BRA), Sudáfrica (ZUF), Federación Rusa (RUS) y Estados Unidos (USA).

2.1.1.2 La población reclusa en América

En cuanto al comportamiento demográfico para las prisiones de la región de las Américas, tabla 2-3, se constató que la mayor cantidad de población reclusa está ubicada en las prisiones de Norteamérica con el 68,6%, seguido por Suramérica con el 25,5%, el Caribe con el 3,27% y por último, Centroamérica con el 2,61%.

Tabla 2-3. Distribución población reclusa por región americana-2013

Región	Población Reclusa	%
América del Norte	2.526.962	68,60%
América central	95.986	2,61%
Caribe	120.593	3,27%
América del Sur	940.288	25,52%
Total América	3.683.829	100,00%

Fuente: cálculos realizados por el investigador para 2013 sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

³² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OECD-. Óp. Cit.

En cuanto al comportamiento de las tasas según la región americana, tabla 2-4, se verifica que Norteamérica en conjunto presenta una tasa de 544 reclusos por cada 100.000 habitantes, mientras que el Caribe, Suramérica y Centroamérica registran tasas de 285, 233 y 215 reclusos por cada 100.000 habitantes.

Frente a la contabilización de la población reclusa, se evidencia que la población Norteamericana duplica a la de Suramérica y es 26 veces a la registrada por Centroamérica.

Tabla 2-4. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes por región americana-2013

Región	Población reclusa estimada	Población nacional estimada	% Población continente	Tasa de reclusión * 100000
Norte-América	2.526.962	464.341.400	36,40%	544
Centro América	95.986	44.578.000	16,90%	215
Caribe	120.593	42.384.900	4,40%	285
Suramérica	940.288	403.600.000	42,30%	233
Total América	3.683.829	954.904.300	100,00%	386

Fuente: cálculos realizados por el investigador para 2013 sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

Sobre esta base, a continuación se presenta el comportamiento demográfico registrado por cada una de las regiones y países del continente.

a) Población reclusa en Norteamérica

En la tabla 2-5, se muestra que las mayores tasas de reclusión se localizan en Estados Unidos tiene una tasa de reclusión de 716 reclusos por cada 100.000 habitantes y Bermuda que registra 417 reclusos por cada 100.000 habitantes.

Tabla 2-5. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países Norteamérica -2013

País	Población reclusa estimada	Reporte	Población nacional estimada	Tasa de reclusión * 100000
Canadá	40.544	2011-12	34.450.000	118
USA	2.239.751	2011	312.720.000	716
México	246.226	2013	117.050.000	210
Bermuda	271	2012	65.000	417
Groenlandia (Din)	170	2012	56.400	301
Total	2.526.962		464.341.400	544

Fuente: cálculos realizados por el investigador para 2013 sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

Por su parte, México, la región danesa de Groenlandia y Canadá, presentan las menores tasas con 210, 301 y 118 reclusos por cada 100.000 habitantes respectivamente.

b) Población reclusa en Centroamérica

En la tabla 2-6, se referencia las tasas de los países centroamericanos, donde Belice, El Salvador y Panamá registran las tasas más altas con 476, 422 y 411 reclusos por cada 100.000 habitantes. Por su parte, Nicaragua y Guatemala presentan las menores con 153 y 105 respectivamente.

Tabla 2-6. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países Centroamérica -2013

País	Población reclusa estimada	Reporte	Población nacional estimada	Tasa de reclusión * 100000
Belice	1.562	2012	328.000	476
Costa Rica	14.963	2012	4.770.000	314
El Salvador	26.568	2013	6.300.000	422
Guatemala	16.336	2013	15.500.000	105
Honduras	12.263	2013	8.000.000	153
Nicaragua	9.168	2012	6.000.000	153
Panamá	15.126	2013	3.680.000	411
Total Centroamérica	95.986		44.578.000	215

Fuente: cálculos realizados por el investigador para 2013 sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

c) Población reclusa en el Caribe

En cuanto al comportamiento de la población reclusa del caribe, tabla 2-7, se resalta que las tasas en conjunto son superiores a los demás países americanos, debido en parte a que en su mayoría son territorios con poca población nacional, esto hace que la participación de la cantidad de población reclusa sobre el total nacional impacte de forma directa sobre la tasas de reclusión.

Bajo esta noción, se observa que St Kitts & Nevis, Islas Vírgenes, Barbados y Cuba posean tasas más altas con 714, 539, 521 y 510 reclusos por cada 100.000 habitantes. Mientras que Guadalupe, Jamaica y Haití reportan las menores con 185, 152 y 96 reclusos por cada 100.000 habitantes respectivamente.

Tabla 2-7. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países del Caribe -2013

País	Población reclusa estimada	Reporte	Población nacional estimada	Tasa de reclusión * 100000
Antigua & Barbuda	371	2013	92.000	403
Bahamas	1.600	2012	360.000	444
Barbados	1.507	2013	289.000	521
Cuba	57.337	2012	11.250.000	510
Dominica	266	2012	68.000	391
Rep. Dominicana	24.744	2013	10.300.000	240
Granada	441	2013	104.000	424
Haití	9.936	2013	10.400.000	96
Jamaica	4.201	2013	2.770.000	152
St Kitts & Nevis	330	2013	46.200	714
St Lucia	568	2012	179.000	317
St Vicente y Gran.	410	2012	109.000	376
Trinidad & Tobago	3.800	2012	1.350.000	281
Anguilla (UK)	76	2012	15.600	487
Aruba (Nether)	235	2012	104.700	224
Islas Caimán (UK)	185	2012	56.100	330
Curacao (Nethe)	440	2012	152.000	289
Guadalupe (Fra)	871	2013	470.000	185
Martinica (Fran)	918	2013	411.000	223
Puerto Rico (US)	11.452	2011	3.680.000	311
St Maarten (Net)	180	2012	39.300	458
Islas Vírgenes (UK)	138	2012	30.000	460
Islas Vírgenes (US)	587	2011	109.000	539
Total Caribe	120.593		42.384.900	285

Fuente: cálculos realizados por el investigador para 2013 sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

d) Población reclusa en Suramérica

Finalmente en lo referido a la situación para Suramérica, tabla 2-8, se denota que la mayoría de tasas por país es homogénea frente a la tasa media mundial (establecida en 147 reclusos por cada 100.000 habitantes). Frente a esto, se observa que las mayores tasas se contabilizan en Uruguay, Guyana Francesa, Brasil y Chile con un nivel de 281, 278, 274 y 266 reclusos por cada 100.000 habitantes respectivamente. Por su parte las menores se registraron en Ecuador, Argentina, Bolivia y Paraguay con tasas de 149, 147, 140 y 118 reclusos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a Colombia, la tasa se registra en 245 reclusos por cada 100.000 habitantes, siendo la 6 más alta en la región, superando además, la tasas medias de las regiones suramericana, centroamericana y de la OCDE.

Tabla 2-8. Tasas de reclusión por 100.000 habitantes para países Suramérica -2013

País	Población reclusa estimada	Reporte	Población nacional estimada	Tasa de reclusión * 100000
Argentina	60.789	2011	41.330.000	147
Bolivia	14.770	2013	10.530.000	140
Brasil	548.003	2012	199.800.000	274
Chile	46.718	2013	17.570.000	266
Colombia	118.201	2013	48.240.000	245
Ecuador	21.080	2012	14.150.000	149
Guyana	1.962	2011	755.000	260
Paraguay	7.901	2012	6.710.000	118
Perú	61.390	2012	30.340.000	202
Surinam	994	2012	535.000	186
Uruguay	9.524	2012	3.390.000	281
Venezuela	48.262	2012	30.000.000	161
Guayana (France)	694	2013	250.000	278
Total Suramérica	940.288		403.600.000	233

Fuente: cálculos realizados para 2013 por el investigador sobre datos de la 10 versión de World Prison Population List

En síntesis y sobre este panorama, el International Centre for Prisons Studies precisa que la población reclusa es un grupo en aumento y su comportamiento demográfico influenciará de forma decidida las políticas internas de los países respecto a sus políticas penitenciarias y criminológicas, requiriendo en la mayoría de los casos la ampliación de la inversión pública y el fortalecimiento estatal de las capacidades penitenciarias, toda vez que se requerirá dar alcance a las necesidades y requerimientos de esta población.

Otro hecho de interés que ha venido presentándose a raíz de este comportamiento demográfico, es la transformación y ajuste de los sistemas penitenciarios y carcelarios, en este respecto dice Dammert³³ et al., que la tendencia es pasar de sistemas públicos de prisiones a configurar sistemas privados o públicos-privados, a fin de mitigar el impacto económico-financiero acarea sobre los presupuestos públicos la gestión de las cárceles y la manutención de la población reclusa. Sobre este último hecho Valdemoro³⁴ refiere por ejemplo que, en

³³ Dammert, Lucía, Javiera Díaz, and Programa de Seguridad. El costo de encarcelar. Observatorio 9. (Artículo online). 2005 (consultado el 1 de abril de 2014). Disponible en: <http://papasorsiempre.cl/articulos/precio-al-encarcelar-a-un-padre.pdf>

³⁴ Valdemoro, Martha G. Mantener un preso en España es un 46% más caro que en EEUU. Libertad Digital. (Artículo periódico online). 26 de junio de 2009 (Consultado el 14 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.libertaddigital.com/economia/mantener-un-presos-en-espana-es-un-46-mas-carro-que-en-una-carcel-privada-de-eeuu-1276363300/>

EEUU durante el año 2009 la empresa Corrections Corporation of América, la cual administra más de 64 centros penitenciarios en el país, logró un costo diario por recluso de US \$40.90, mientras el sistema público del país contabilizaba una media de US \$65 por recluso; de igual forma, refiere que el concesionario logró un beneficio cercano a US \$58.45 por interno y día de reclusión.

Este comportamiento sobre el costo de reclusión, lleva según la investigadora a referir el logro de un mayor ahorro y una mejor gestión de los recursos, lo que lleva a suponer que ante el aumento de la población reclusa, una opción factible para los gobiernos se enfocaría en la tercerización de los sistemas de prisiones, con lo cual se aliviaría en parte las repercusiones que tendría el aumento de la población reclusos y sus fenómenos demográficos sobre las sociedades.

2.1.2 Realidad de la sanidad en prisiones

Los sistemas penitenciarios y carcelarios se configuran en un pieza angular dentro de la administración de justicia, toda vez que son el eslabón que facilita la aplicación de la medida cautelar y la materialización de la privación de la libertad, todo ello con fines de dar cumplimiento a la pena impartida. Al respecto, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC-³⁵ refiere que la prisión puede considerarse como la última fase del proceso de justicia penal, esto debido en parte a que la prisión se considera como un mecanismo esencial para aislar al sujeto infractor y desarrollar su proceso de resocialización.

Bajo este enfoque, la prisión se configura como un espacio donde el infractor, ya sea como sindicado o condenado, desarrolla su cotidiano vivir y prosigue su ciclo de vida a la espera del retorno a la vida en libertad.

Es por ello, que el fortalecimiento y en algunos casos la reformulación de función penitenciaria ha incentivado la mejora de la capacidad institucional para el logro del cumplimiento de la pena y la integración social positiva del infractor. En este sentido Dammert³⁶ et al., reafirman concluyentemente que “la función y la labor penitenciaria debe estar vinculadas con la rehabilitación y resocialización de aquellos individuos que cumplen condena”. A la luz de la realidad, esto solo es posible si dentro de los establecimientos de reclusión se logra la coexistencia armónica de una serie de condiciones del orden individual, institucional y ambiental.

Se parte del orden individual, si el individuo pone en relieve su intención de acatar las disposiciones disciplinarias que le han sido impuestas para el cumplimiento de su condena, además de comprometerse con el logro de un cambio conductual. Se continúa con el orden institucional, si la autoridad o Institución Penitenciaria pone a disposición todos los recursos organizacionales para lograr el cumplimiento digno e íntegro de la condena, así como el ofrecimiento de alternativas acordes para la resocialización del infractor. Y por último, se

³⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. Medidas Privativas y No privativas de la libertad, El sistema Penitenciario. (Libro electrónico). 1ª Ed. New York. 2010 (consultado el 5 de abril de 2014). Disponible en:

http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/The_Prison_System_Spanish.pdf

³⁶ Dammert. Op. Cit.

allega al orden ambiental, si se asegura un espacio donde la condena sea cumplida bajo adecuados estándares higiénicos, sanitarios y habitacionales.

Cabe destacar que el entramado de estas realidades configura la prisión como un espacio complejo, donde tienen cavidad demasiadas interacciones institución-comunidad-sujeto, que en ocasiones dificultan su conocimiento y abordaje adecuado. En este marco y buscando la comprensión de los efectos originados por estas particularidades, se resalta la declaración de José Miguel Insulza, Secretario General de la OEA³⁷ el cual le confiere a los sistemas penitenciarios y carcelarios la propiedad de complejos, él explica que esta complejidad se expresa entre otras cosas, en graves problemas de hacinamiento, en la precaria situación de salud de los internos y en programas de rehabilitación y reinserción social que resultan insuficientes.

Ahora bien, siendo la atención integral el primer estadio de recibo y acogida del infractor, se posibilita que allí se localicen las coyunturas más críticas que los cambios demográficos puedan ocasionar, toda vez que la atención integral supone el conjunto de servicios esenciales que requiere el recluso para garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas durante su proceso de encarcelamiento.

En Colombia las acciones de atención integral³⁸ cobijan los servicios de salud, alimentación, habitabilidad, comunicación familiar, desarrollo espiritual, asesoría jurídica y uso adecuado del tiempo libre, y estos están orientados a prevenir o minimizar los efectos del proceso de prisionalización. Por lo cual la salud al ser una acción de atención integral supone un nivel de prioridad mayúsculo, dado que está llamada a garantizar la integridad del recluso durante su tiempo de reclusión sin que se afecte su proceso de tratamiento penitenciario. En este sentido la salud en prisión toma un nuevo escenario de proyección, localizándose alrededor del concepto de la denominada *sanidad penitenciaria*.

Es de resaltar que el término sanidad penitenciaria³⁹ denota el conjunto de acciones del orden sanitario y no sanitario que promueven la prevención y atención de toda contingencia real o potencial que pueda afectar la salud de la población reclusa. Incluye esta, las acciones de prevención y promoción de la salud, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación de los desórdenes biosicosociales que aquejan a esta población.

Desde este enfoque sistémico, en la actualidad los sistemas de sanidad penitenciaria afrontan diversas coyunturas, relacionadas la mayor parte de las veces con el aumento de la población reclusa, su carga de enfermedad, el desequilibrio entre oferta y demanda sanitaria y la carencia de políticas y recursos estatales que promuevan el desarrollo infraestructura sanitaria adecuada.

³⁷ Ibid.

³⁸ Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Resolución 7302, Por medio de la cual se revocan las Resoluciones 4105 del 25 de septiembre de 1997 y número 5964 del 9 de diciembre de 1998 y se expiden pautas para la atención integral y el Tratamiento Penitenciario. 2005

³⁹ Osse-Paredes, C., et al. Situación de salud de reclusos de un centro de cumplimiento penitenciario, Chile. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol.15, No. 3 (Artículo online). 2013 (consultado el 17 de abril de 2014). Pág. 98-104. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/03_original2.pdf

En este respecto Oviedo-Joekes⁴⁰ et al., refieren que la población reclusa presenta una salud más deteriorada que la población en general, debido a que su composición refiere a personas en estado de exclusión social, además se señala que el ingreso en prisión para muchos de estos infractores, representa el primer acercamiento con la asistencia médica, dado que durante su vida en libertad nunca hicieron uso directo de los servicios de salud. Por su parte Osses-Paredes⁴¹ et al., refieren que ligado al aumento de la población penitenciaria aumentan sus necesidades en salud, a lo que se le suman condiciones insalubres de detención que incluyen servicios precarios de agua potable, alimentación, higiene y salud.

Consecuentemente, bajo las posturas de Oviedo, Duina, Osses y Riquelme se puede resaltar que hay una fuerte relación entre los flujos poblacionales generados dentro de los sistemas de prisiones, la transformación del medio penitenciario y las necesidades en salud que los reclusos pudieran presentar, en ocasiones por las problemáticas de base que esta población trae o simplemente porque los sistemas penitenciarios no son repensados para ofrecer alternativas dignas de internamiento para el infractor. Enmarcado en esto, De Gregorio⁴² además recalca que en la mayoría de los casos los infractores presentan enfermedades preexistentes, lo que deriva en un cambio radical en la relación entre el usuario y el prestador de salud, que lleva a la configuración de malas prácticas orientadas a limitar el acceso a los servicios de salud.

De igual forma Diuana Vilma⁴³ et al., indican que el aumento de la población carcelaria no va acompañado por un aumento progresivo de las capacidades penitenciarias, lo más crítico se da en la limitación de la infraestructura y del talento humano para atender esta población. También refieren que la degradación de los ambiente internos promueve inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias, lo que favorece la transmisión de enfermedades tales como el VIH-SIDA y la tuberculosis, o que padecimientos tales como hepatitis C, las enfermedades psiquiátricas y las drogodependencias se agraven o complejicen el panorama sanitario interno.

2.1.3 La asistencia sanitaria en prisión

En la actualidad, la asistencia sanitaria en el medio penitenciario se encuentra en un ciclo continuo e inacabado de desnaturalización, el cual se enmarca en un desequilibrio constante entre la oferta y demanda de servicios de salud, la falta de trazabilidad sanitaria, además de las barreras de acceso que son impuestas por los regímenes internos y las medidas de seguridad de cada Establecimiento de reclusión. De igual forma se identifica que cuando el recluso logra su primera consulta o accede al servicio de salud, al profesional de la salud tratante, le es imposible monitorear la salud del recluso debido en parte a la limitada accesibilidad y a la insuficiencia de las capacidades sanitarias que impiden el agendamiento periódico de citas.

⁴⁰ Oviedo-Joekes Eugenia, et al. Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza 1999. *Rev Esp Salud Pública*, Vol. 79, No. 1. (Artículo revista online). 2005 (consultado el 6 de abril de 2014). Pág. 35-46. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n1/original2.pdf>

⁴¹ Osses-Paredes. Op. Cit.

⁴² De Gregorio María Beatriz, Instrumento de medición de la calidad en atención de salud penitenciaria. *Revista de Estudios criminológicos y Penitenciarios gendarmería de Chile* 17, Artículo 27. (Artículo online). 2010 (consultado el 10 de abril de 2014). Disponible en: <http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/Revista17/Articulo27.pdf>

⁴³ Diuana Vilma, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* Vol. 24, No. 8 (Artículo revista online). 2008 (consultado el 5 de abril de 2014). Pág. 1887-1896. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>

Frente a la accesibilidad, la sanidad penitenciaria a menudo se ve condicionada por los regímenes internos y los reglamentos disciplinarios de cada prisión o centro de reclusión, ya que el infractor al ingresar, es clasificado y confinado a un nivel de seguridad establecido según perfil delictivo y condena impuesta, esto en el mediano y largo plazo será un elemento que afectará el acceso a los servicios de salud por parte del recluso. Al respecto Diuana⁴⁴ et al., mencionan que, el acceso al servicio de salud es irremediablemente impuesto debido a las dinámicas internas, las prácticas carcelarias y a las representaciones sociales que tienen del sistema los agentes penitenciarios (guardianes, profesionales de la salud y cuerpo administrativo).

Ante esto, Hernández⁴⁵ et al., en su estudio documental acerca de la accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa en los centros penitenciarios de Colombia, destacan que en los sistemas penitenciarios y carcelarios se afecta o está influenciada por la deficitaria infraestructura penitenciaria en salud, la disponibilidad limitada del personal médico y asistencial, la poca conciencia y cultura en salud del personal en prisiones, las excesivas medidas de seguridad y movilidad dentro de las prisiones, la deficiente calidad del acto médico, el desequilibrio entre oferta y demanda de servicios sanitarios y la focalización en la prestación, desatendiendo diversas enfermedades infecciosas de interés sanitario.

También se ha apreciado que la decisión sanitaria relacionada con el acceso y uso de los servicios médicos está supeditada no solo a la voluntad del recluso, sino también por las voluntades y al nivel de conciencia humanitaria que tengan los agentes penitenciarios. A esto se le suman una serie de problemáticas referidas a la situación laboral del personal médico-asistencial, a las malas administraciones penitenciarias que aíslan la gestión sanitaria de la gestión central, al deficitario manejo de historias clínicas, al inadecuado proceso de planificación de los servicios sanitarios y a la desarmonización de los estándares y prácticas sanitarias frente a las realidades que rigen los sistemas de salud de cada país.

En cuanto a la calidad asistencial, se ha vislumbrado que en prisión no se siguen a menudo los mismos estándares del orden médico, clínico, científico y técnico que le son otorgados a la población en libertad. Al respecto Arroyo⁴⁶ et al., refieren que no existe modelo universal de desarrollo y evaluación de la calidad asistencial en prisiones, con lo cual las problemáticas asistenciales antes, durante y después no son identificadas, ni monitoreadas ni mucho menos intervenidas. De igual forma Arroyo⁴⁷ también resalta que ligado a la calidad asistencial desde las perspectivas objetiva y subjetiva, es usual que los reclusos perciban la atención que reciben como mala o mediocre, además que se prioriza las medidas de seguridad frente a lo sanitario

⁴⁴ Diuana. Op. Cit.

⁴⁵ Hernández Jeniffer et al. Accessibility to health services in the prison population in Colombia: a public health challenge. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 28, No. 2 (Artículo online). 2010 (consultado el 20 de abril de 2014). Pág. 132-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v28n2/v28n2a05.pdf>

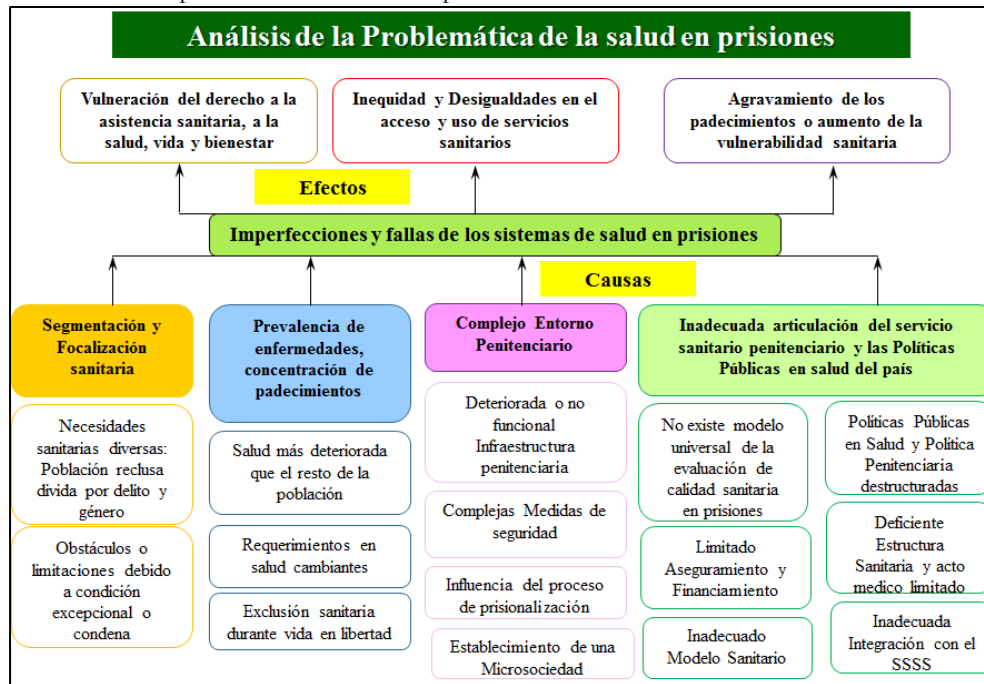
⁴⁶ Arroyo Manuel José, et al. ¿Qué hay de la calidad asistencial en la sanidad penitenciaria? Una revisión sistemática. Revista de Calidad Asistencial, Vol. 20, No. 1 (Artículo online). 2005 (consultado el 2 de febrero de 2014). Pág. 25-29. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245/540>

⁴⁷ *Ibíd.*

En este marco, Milly Bruno⁴⁸ refiere que la atención en prisión esta desnaturalizada en parte por tres situaciones críticas, la primera relacionada con la ausencia de secreto médico, dado que el recluso es puesto en vigilancia y en ocasiones acompañado por una unidad de guardia, esto mientras realiza la consultación respectiva; un segundo la austeridad durante la prestación, es decir la precariedad y el limitado tiempo con que el profesional de la salud desarrolla su actuación; y por último, la noción autocrática que gobierna la forma de dispensación y receptores de los servicios sanitarios.

Para dar alcance a esta radiografía sanitaria, en la figura 2-3 se engloba las problemáticas más recurrentes que afectan la sanidad en prisiones.

Figura 2-3. Análisis de la problemática sanitaria en prisiones



Fuente: Elaboración del investigador

2.1.4 La Investigación sanitaria en prisión

Discernir acerca de la vocación investigativa de carácter sanitario en el ámbito de prisiones es su tema en sí difuso, toda vez que la literatura científica es precaria o su difusión ha sido limitada. Por tanto para lograr una aproximación en la materia, se realizó un ejercicio de búsqueda bibliográfica por intermedio de las bases de datos “gopubmed”, “Embase” y “Medline”, a fin de precisar el foco de las investigaciones epidemiológicas y sanitarias desarrolladas a la fecha.

⁴⁸ Milly, Bruno. L'accès aux soins des détenus en France: un droit bafoué. Droit et société 3 (Artículo online). 2003 (Consultado el 20 de enero de 2014). Pag. 745-765. Disponible en: <http://www.rets.msh-paris.fr/publications/revue/pdf/ds55/ds055-07.pdf>

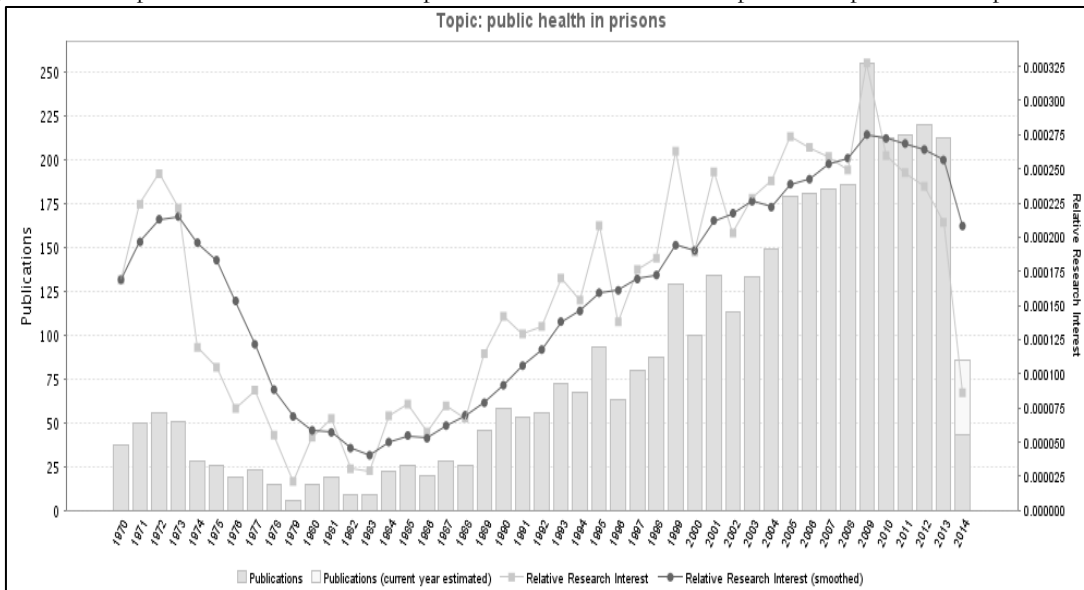
a) Consulta gopubmed

Tomando como referencia la herramienta online “*gopubmed*”⁴⁹ se realizó una búsqueda bibliográfica destinada a lograr una aproximación sobre la producción investigativa alrededor del tema de salud en prisiones.

Como primera acción se suministró en el buscador del sitio web la frase “*public health in prisons*” el día 24 de mayo de 2014; producto de ello, el sitio arrojó una total de 3922 documentos que trataban sobre el tema referenciado, los cuales fueron producidos cronológicamente en el periodo 1970 hasta 2014.

Para ampliar el comportamiento de la frecuencia se presenta la figura 2-4, dónde se puede precisar la cantidad de investigaciones realizadas por año.

Figura 2-4. Comportamiento histórico de la producción científica en salud pública en prisiones -Gopubmed



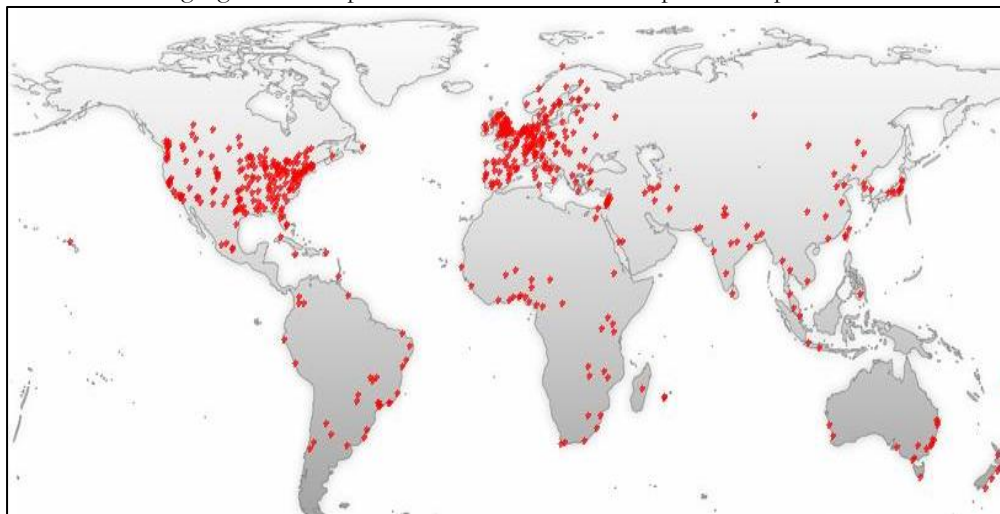
Fuente: gráfico resultante de la búsqueda realizada en <http://www.gopubmed.org/web/gopubmed>

De igual forma, en la anterior figura se evidencia que los años donde más se publicó sobre este tema, fue en el periodo comprendido entre el año 2009 a 2013; siendo el año 2009 el año que con 255 publicaciones denoto mayor producción investigativa, seguido por el 2012 con 220, el 2011 con 214, el 213 con 212 y el 2010 con 212 publicaciones respectivamente.

Respecto a la ubicación geográfica se denota que la producción bibliográfica se localiza principalmente en Norteamérica y Europa. En la figura 2-5, se puede identificar aquellas zonas identificadas con puntos fijos donde mayor producción investigativa se produce en el ámbito de prisiones.

⁴⁹ La herramienta puede localizarse en la siguiente dirección URL <http://www.gopubmed.org/web/gopubmed/>

Figura 2-5. Localización geográfica de la producción científica en salud pública en prisiones



Fuente: gráfico extraído de la búsqueda realizada en <http://www.pubmed.org/web/gpubmed>

Respecto a los países que más refieren producción investigativa se localiza en primer lugar: Estados Unidos con 1247 publicaciones, seguido de Reino Unido con 322, luego aparecen Australia con 179, Canadá con 121, España con 86, Francia con 67 y Alemania con 61 publicaciones respectivamente.

Respecto a la región latinoamericana, se aprecia pequeñas aglomeraciones en Brasil, Chile, Argentina, México y Colombia, lo que indicaría que la producción investigativa al respecto es limitada. Para ampliar la información sobre los temas frecuentes de investigación, se presenta en la tabla 2-9, la lista de temas investigados por los países latinoamericanos que aparecen en la base de datos.

Tabla 2-9. Descriptores más frecuentes relacionados con salud pública en prisiones-GoPubMed

País/Región LATAM	Número publicaciones	Temas frecuentes de investigación relacionados con prisiones
Surinam	1	- Enfermedades respiratorias e influenza A
Cuba	1	- Farmacodependencias
Guyana	1	- Factores sociales, delitos e inequidades
Perú	2	- Enfermedades transmisibles entornos cerrados
Puerto Rico	3	- Hepatitis C y factores de riesgo - VIH - Farmacodependencias
Colombia	4	- Enfermedades transmisibles: sarampión y rubeola - VIH y Tuberculosis - Enfermedades de transmisión sexual - Cáncer cervical
Chile	4	- Desórdenes mentales - Tuberculosis - Impactos sociales y consumo de drogas - Enfermedades transmisibles
Argentina	6	- Toxicomanías: desordenes uso de alcohol - VIH y terapias antiretrovirales - Tuberculosis - Planeación estratégica en salud en prisiones - Hepatitis B

País/Región LATAM	Número publicaciones	Temas frecuentes de investigación relacionados con prisiones
México	11	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemia y enfermedades - Enfermedad meningocócica - Enfermedades y transmisibles - Farmacodependencia.
Brasil	45	<ul style="list-style-type: none"> - Desórdenes mentales - Tuberculosis pulmonar - VIH-SIDA - Estrés laborales agentes penitenciarios - Hepatitis B y C - Factores sociales, delitos e inequidades - VPH y lesiones intraepiteliales - Infecciones de transmisión sexual - Políticas y cuidados en salud - Farmacodependencia - Salud sexual y reproductiva

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión de los resultados de búsqueda en <http://www.pubmed.org/web/gpubmed>

b) Consulta Embase

Teniendo en consideración las herramientas para filtrar información en la base de datos Embase, se procedió a suministrar la frase “Public Health in Prisons” el día 24 de mayo de 2014, resultado de esto, la base arrojó un total de 1730 resultados relacionados con los términos de búsqueda.

La búsqueda arrojó un total de 476 descriptores relacionados con enfermedades, eventos o problemas en salud que usualmente se estudian en el medio de prisiones. En la tabla 2-10 se presentan los 30 más frecuentes de investigación

Tabla 2-10. Descriptores más frecuentes relacionados con salud publica en prisiones-Embase

No.	Descriptor relacionado con enfermedades, eventos o problemas en salud	Frecuencia
1	Infección por VIH	417
2	Enfermedad mental	188
3	Hepatitis C	160
4	Tuberculosis	151
5	Enfermedades de transmisión sexual	121
6	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida-SIDA	108
7	Hepatitis B	96
8	Adicciones	68
9	Drogodependencias	60
10	Tuberculosis Pulmonar	55
11	Sífilis	48
12	Gonorrea	46
13	Clamidia	41
14	Alcoholismo	39
15	Depresión	38
16	Adicción al opio	38
17	Suicidio	38
18	Psicosis	35
19	Enfermedad crónica	30
20	Esquizofrenia	29
21	Hepatitis	25

No.	Descriptor relacionado con enfermedades, eventos o problemas en salud	Frecuencia
22	Dependencia a la heroína	24
23	Diabetes mellitus	21
24	Dependencia a la cocaína	18
25	Sobredosis de drogas	17
26	Intento de suicidio	17

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión de los resultados de búsqueda en base de datos Embase

c) Consulta Medline

En cuanto a la consulta realizada en Medline el día 24 de mayo de 2014, se precisa que mediante la combinación de los términos Mesh “Health” y “prisons”, la base arrojó un total de 910 registros de investigaciones relacionadas con los términos señalados. De esta relación de investigaciones se establece que 459 fueron enfocados al estudio de población masculina y 379 a mujeres, mientras que a nivel del restante no se define la población objeto. En cuanto a los 37 temas más abordados, tabla 2-11, se destaca la investigación sobre VIH y desórdenes mentales.

Tabla 2-11. Descriptores más frecuentes relacionados con salud pública en prisiones-Medline

No.	Descriptor relacionado con enfermedades, eventos o problemas en salud	Frecuencia
1	Infección por VIH	128
2	Desórdenes mentales	120
3	Servicios de salud mental	74
4	Desórdenes relacionados con sustancias	70
6	Provisión de servicios de salud	39
7	Accesibilidad servicios de salud	37
8	Abuso intravenoso de sustancias	30
9	Tuberculosis	25
10	Hepatitis C	24
11	Brotos de enfermedades	23
13	Salud pública	21
14	Calidad en los servicios de salud	21
15	Enfermedades de transmisión sexual	21
16	Suicidio	21
17	Servicios de salud	20
18	Actitudes del personal de salud	19
19	Exámenes masivos (mass screening)	19
20	Violencia	19
23	Demanda y necesidades servicios de salud	16
25	Aceptación del paciente de la asistencia sanitaria	14
26	Abogacía del paciente	14
27	Ofensas sexuales	14
28	Salud de la mujer	14
29	Serodiagnóstico del VIH	13
30	Metadonas	13
31	Consumo de tabaco	13
32	Salud mental	12
33	Rol de las enfermeras	12
34	Educación en salud	11
35	Política de salud	11
36	Promoción de la salud	11
37	Hepatitis B	11

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión de los resultados de búsqueda en base de datos Medline

2.1.5 Realidades epidemiológicas en prisión

En virtud al dimensionamiento de las problemáticas en salud más frecuentes en el medio penitenciario, a continuación se consignan los resultados de 9 procesos investigativos realizados en prisiones de España, Brasil, Chile, Cuba, Europa occidental, Francia, México y Colombia. Los cuales arrojaron una serie de resultados relevantes en materia de realidades sanitarias, prevalencias y factores de riesgo asociados a enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, farmacodependencias, hábitos y estilos de vida, salud poblacional y educación en salud.

Tabla 2-12. Investigación epidemiológica en España

Investigación No.1		
Título	Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión Andaluza ⁵⁰	
Objetivo	Conocer la percepción del estado de salud y la utilización de los servicios sanitarios por parte de los reclusos	
VARIABLES epidemiológicas	Persona	450 Reclusos (90,4% hombres)
	Lugar	España-Andalucía
	Tiempo	1999
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes	
Salud poblacional	- El 72% de los participantes consideró su salud como buena o muy buena, y el 32,7% declaró visitar al médico una o más veces al mes.	
Enfermedades transmisibles	- El 43,1% de los participantes declaran padecer algún evento que menoscaba su salud principalmente VIH (19,1%), hepatitis C (18,2%) y TBC (2,7%).	
Farmacodependencias y toxicomanías	- El 40,9% declaró consumir medicamentos. - Un 71,3% de los reclusos se declaró consumidor de heroína, heroína mezclada con cocaína o metadona antes de entrar en prisión y el 52% era consumidor de cocaína o crack.	

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

Tabla 2-13. Investigación epidemiológica en Brasil

Investigación No.2		
Título	Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro ⁵¹ [51]	
Objetivo	Establecer la situación e los agentes penitenciarios respecto a su papel que pueden desempeñar en el ámbito de prisiones	
VARIABLES epidemiológicas	Persona	Agentes penitenciarios
	Lugar	Brasil-Rio de Janeiro
	Tiempo	2008
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes	
Enfermedades transmisibles	- Cero-prevalencia estimada de VIH de 4,8 % en hombre y 7,2% entre mujeres. - Frente a la tuberculosis en el 2005 la tasa de incidencia fue de 3.532 por cada 100 mil cerca de 35 veces superior a la del Estado	

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

⁵⁰ Oviedo-Joekes. Óp. Cit.

⁵¹ Diuana. Óp. Cit.

Tabla 2-14. Investigación epidemiológica en Chile

Investigación No.3		
Título	Situación de Salud de reclusos de un Centro de Cumplimiento Penitenciario, Chile ⁵²	
Objetivo	Caracterizar la situación de salud de reclusos de un centro de cumplimiento penitenciario, y su grado de satisfacción con la atención en salud brindada	
Variables epidemiológicas	Persona	141 Reclusos (85% hombres)
	Lugar	Chile-Concepción
	Tiempo	2011-2012
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes	
Salud poblacional	<ul style="list-style-type: none"> - El 45% posee al menos una enfermedad diagnosticada, primando los desórdenes mentales, patologías del sistema respiratorio y circulatorio. - Un 56% de los reclusos ha solicitado atención en salud con poca frecuencia, encontrándose 33% muy satisfecho y 32% satisfecho en lo relativo a los servicios sanitarios del penal 	
Hábitos y estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> - La población penal tiende al sedentarismo, a su vez, un 74,5% de los internos manifestó sufrir algún cambio de peso desde su ingreso al penal, de estos un 55,2% presentó un aumento de peso y un 44,8% presentó una disminución. - Existe una proporción con síndrome metabólico (19,9%). - Un 11% manifestó haber mantenido actividad sexual de riesgo durante los últimos 6 meses. - Un 17% presentó expectoraciones por más de quince días, y un 62,4% de ellos poseía hábitos tabáquicos. 	
Enfermedades Crónicas no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> - Se identificaron parámetros alterados así: HTA sistólica (9,9%), HTA diastólica (3,5%), Colesterol total (15,6%), LDL (0,9%), HDL (45,4%), Triglicéridos (45,4%), glicemia (12,1%) y obesidad abdominal (20,6%) 	

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

Tabla 2-15. Investigación epidemiológica en Cuba

Investigación No.4		
Título	Elevación de los conocimientos sobre virus de la inmunodeficiencia humana y sida en reclusos de la Prisión Kilo 8 de Pinar del Río ⁵³	
Objetivo	Ampliar los conocimientos sobre VIH/sida en reclusos de la Prisión Kilo 8 de Pinar del Río.	
Variables epidemiológicas	Persona	70 individuos de 20-30 años
	Lugar	Pinar del Río-Cuba
	Tiempo	2011 (enero-julio)
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes	
Educación en Salud	<p>Se efectuó un estudio de intervención educativa de base comunitaria en tres etapas, diagnóstico, intervención y diagnóstico final.</p> <p>Al inicio los investigadores identificaron que existían dificultades en el nivel de conocimientos sobre conceptos, vías de transmisión y principales conductas de riesgo alrededor del VIH/SIDA. A lo largo del proceso los resultados para las fases fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De los reclusos encuestados, 16 (22,8 %) identificaron el VIH/sida como enfermedad y 54 (77,1 %) no lo reconocieron como tal; sin embargo, después de la intervención 68 (97,1 %) lo identifican. - En la casuística, solo 9 casos (12,8 %) identificaron correctamente las 	

⁵² Osses-Paredes. Óp. Cit.

⁵³ Bombino, Luis Vivas; et al. Elevación de los conocimientos sobre virus de la inmunodeficiencia humana y sida en reclusos de la Prisión Kilo 8 de Pinar del Río. MEDISAN, 2013, vol. 17, no 4, p. 592.

Investigación No.4	
	<p>conductas sexuales de riesgo para contraer el VIH/sida y 62 (88,5 %) no las conocían, lo cual mejoró significativamente con la aplicación por segunda vez del cuestionario al culminar el programa educativo, donde 69 reclusos (98,5 %) reconocieron estas conductas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con respecto a las vías por las cuales pueden infectarse con esta enfermedad se obtuvieron diferencias significativas, puesto que después de la intervención educativa 95,7 % de los reclusos modificó positivamente sus conocimientos y solo 3 (4,3 %) no mostraron dominar el tema.

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

Tabla 2-16. Investigación epidemiológica en Europa Occidental

Investigación No.5		
Título	La Santé en prison Un problème de Santé Publique, Pour une politique de réduction des dommages liés à l'emprisonnement ⁵⁴	
Objetivo	Visualizar la salud de los detenidos como un problema de salud pública	
VARIABLES epidemiológicas	Persona	Reclusos
	Lugar	Europa (Alemania, España, Francia, Italia, Suecia, Portugal y Bélgica)
	Tiempo	Datos periodo 1992-1998
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes	
Salud poblacional	<ul style="list-style-type: none"> - En Francia a 1998, un 50% de las entradas en prisión requerían de al menos una consulta especializada, 51% cuidados dentales, 10% cuidado psiquiátricos y 19,5% cuidados ginecológicos. 	
Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia VIH/2007: Alemania (0,7%), España (13,7%), Francia (2,7%), Italia (6%), Suecia (1,6%), Portugal (17,7%) - Prevalencia VHC/2007: Alemania (4,8%), España (45,6%), Francia (6,9%), Italia (23,5%), Portugal (32,8%) y Bélgica (10,9%) - La tasa de detección de la tuberculosis en prisión es 5 a 10 veces más elevada que en la población en general 	
Hábitos y estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> - En Francia a 1998 en la población de entrada, 80 % presentaban tabaquismo y 33% consumo excesivo de alcohol 	
Problemas mentales y psicopatías	<ul style="list-style-type: none"> - La tasa europea de suicidio en prisión a 1998 fue de 368,9 por cada 100.000 habitantes - Los datos penitenciarios indican que el inicio de la detención conlleva un riesgo alto de suicidio 	
Farmacodependencias y toxicomanías	<ul style="list-style-type: none"> - En Francia a 1998 en la población de entrada, el 32% presentaba consumo de drogas y el 17% consumo de psicotrópicos 	

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

Tabla 2-17. Investigación epidemiológica en Países desarrollados

Investigación No.6		
Título	La sante des personnes detenues en France et a l'étranger : une revue de la litterature ⁵⁵	
Objetivo	Describir los datos epidemiológicos relacionados con las principales patologías encontradas en el medio carcelario	
VARIABLES epidemiológicas	Persona	Reclusos
	Lugar	Francia, Europa del este y norte, Estados Unidos , Australia,

⁵⁴ Hariga, fabienne. La Santé en prison Un problème de Santé Publique. Les Cahiers de Prospective Jeunesse, Vol. 5, No. 3. (Artículo online). 2000 (Consultado el 5 de abril de 2014). Disponible en: <http://www.prospective-jeunesse.be/IMG/pdf/HARIGA0001.pdf>

⁵⁵ Godin-Blandeau Élodie, et al. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger: une revue de la littérature. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 35-36 (Revista on-line). 2013. (Consultado el 28 de marzo de 2014). Disponible en: http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html

Investigación No.6	
	Canadá, Nueva Zelanda
Tiempo	Datos publicados periodo 2000 y 2012
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes
Salud poblacional	<ul style="list-style-type: none"> - Este estudio enlista resultados generales producto de meta análisis o resultados específicos relacionados con la situación en Estados Unidos, Australia o Francia. - En cuanto a los estudios epidemiológicos en salud buco-dentaria y traumatismos son muy raros y escasos. En estados Unidos la prevalencia en hombres llega al 25,2% y en mujeres al 28,7%
Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> - La Prevalencia VIH se eleva a más de 2% respecto al 0,5% presente en la población general. - La prevalencia de VHC se eleva más allá del 30%, este dato varía dado la poca confiabilidad de las pruebas y métodos de diagnóstico. - La prevalencia de Clamidia es 5,68%, para la Gonorrea es del 1,5% y la Sífilis del 0,69%.
Enfermedades Crónicas no trasmisibles	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión arterial y asma son poco estudiadas. - La prevalencia de diabetes varía de 4% en Australia a 10% en estados unidos. La prevalencia de asma en Australia está en 12%, mientras en Estados Unidos está entre el 7,7% al 9,8%. - En cuanto a las enfermedades cardiovasculares la prevalencia en Australia está en el 5% y el Estados unidos oscila entre 2,1 al 5,7%. - Frente al cáncer, en Australia se localiza una prevalencia <1%
Hábitos y estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> - La adicción de tabaco en Australia llega a 74%, mientras en Francia al 78%
Problemas mentales y psicopatías	<ul style="list-style-type: none"> - La prevalencia de síndrome depresivo se localiza entre 10,2 a 17,4% para hombres y entre 14,1% a 35,5% para mujeres. En Francia llega en general al 17,3% - La prevalencia de psicosis oscila entre el 3,6% y 4,4% para hombres y de 3,9 a 6% para mujeres.
Farmacodependencias y toxicomanías	<ul style="list-style-type: none"> - La adicción abusiva al alcohol se localiza entre 17,7% a 30% para hombres y entre 10% al 23,9% para mujeres. Por su parte el uso abusivo de drogas entre 10% a 48% para hombres y 30,3% a 64,4% para mujeres.

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

Tabla 2-18. Investigación epidemiológica en México

Investigación No.7		
Título	Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas ⁵⁶	
Objetivo	Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los casos con tuberculosis (TB) activa en población de cárceles con VIH, que se ve especialmente afectada por ambas epidemias.	
Variables epidemiológicas	Persona	172 Reclusos con VIH+
	Lugar	Ciudad de México - México
	Tiempo	2010-2011
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes	
Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> - La infección por VIH incrementa significativamente la probabilidad del desarrollo de TB. - Se encontraron 172 pacientes con VIH, 28 con TB activa (16.3%) – 21 	

⁵⁶ Hernández-León, Christian, et al. Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas. Salud pública de México, Vol. 54, No. 6 (Artículo online) 2012 (consultado el 30 de junio de 2014). Págs. 571-578. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000600005

Investigación No.7	
	(12.2%) con afección pulmonar. <ul style="list-style-type: none"> - Con una tasa de incidencia de 7.7 por 100 sujetos/año para TB activa y de 4.7 por 100 sujetos/ año para TB pulmonar. - No se encontró drogo-resistencia. - Se encontró una prevalencia de TB en esta población mil veces superior a la observada en la población general y datos sugerentes de transmisión al interior de la cárcel.

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

Tabla 2-19. Investigación epidemiológica en Colombia

Investigación No.8		
Título	Diagnóstico sobre VIH-SIDA en el sistema penitenciario en Colombia ⁵⁷ [57]	
Objetivo	Desarrollar el diagnóstico sobre VIH – Sida en el sistema penitenciario de Colombia en el marco del proyecto interagencial del Grupo de Directores Regionales de ONUSIDA para Latinoamérica.	
Variables epidemiológicas	Persona	Reclusos (as)
	Lugar	4 Cárceles de Bogotá -Colombia
	Tiempo	2010
Línea de estudio	Resultados y/o hallazgos relevantes	
Farmacodependencias y toxicomanías	<ul style="list-style-type: none"> - Se presentó especial dificultad en recolectar los datos estadísticos que tienen el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y CAPRECOM, dado que hay desafortunadamente una falta de sistematización sobre el número de pacientes con VIH – Sida, TBS e ITS. - La revisión de fuentes bibliográficas primarias y secundarias fue una tarea dispendiosa, ya que al no existir textos oficiales, privados o de ninguna índole sobre el tema específico se dificulta la evidencia de base. - Tampoco existe un registro centralizado de las acciones en materia de prevención y promoción hecha por el INPEC hasta el 2008. - En el sistema penitenciario hay 156 personas que viven con VIH, 111 que estaban recibiendo tratamiento para la Tuberculosis y 2 muertes por Sida en el período entre junio de 2009 a junio de 2010. - Estas 156 personas representan el 0,18% de la población carcelaria, este número es bajo en comparación de la población carcelaria, sin embargo las cifras no reflejan la realidad ya que varias fuentes expresaron que hay mucho internos que prefieren no decir viven con la enfermedad, que tienen sospechas de tenerla o que tienen comportamientos sexuales de riesgo. - En 2010, pruebas de Elisa aplicadas 372 y Western Blot 95. - En 2010, Internos capacitados en VIH-SIDA 5675 y Entrega de condones en los 144 Establecimientos de reclusión. 	

Fuente: elaboración del investigador, a partir del análisis y revisión del artículo científico

2.2 Enfoques de la acción sanitaria en la prisión colombiana

Si bien es cierto que en los últimos años la sanidad penitenciaria ha venido transformándose mediante la incorporación de nuevos mecanismos de prestación, aseguramiento y financiación, aún se detectan rezagos frente al nivel de organización que presentan los sistemas de salud destinados a la atención de la población libre. Esta situación se presenta en parte por la existencia de una dicotomía institucional, respecto a los Entes gubernamentales

⁵⁷ Lozano Espitia, Glenda. Diagnóstico sobre VIH-SIDA en el sistema penitenciario en Colombia. ONUSIDA-PNUD-ONUCD (Documento virtual). 2011. Disponible en: <http://observatoriovihcarceles.org/es/vih-carceles/monitoreo-carceles-menu.raw?task=download&fid=534>.

que deben encargarse de proveer todo el marco de soporte técnico-científico e institucional para la planificación sanitaria en el medio penitenciario y carcelario.

Por lo tanto a la luz de la administración pública, las carteras Ministeriales de Justicia y las Instituciones Penitenciarias son las encargadas de la rectoría de los sistemas sanitarios que cobijan a las personas privadas de la libertad, lo que se traduce en una menor experticia a la hora de hacer frente a las eventualidades y necesidades de salud que presenta esta población. De igual forma se resalta que a menudo los Ministerios de Justicia adolecen de dependencias autónomas que se encarguen exclusivamente de gestionar las políticas sanitarias, lo que conlleva a que se transfiera esta obligación a Instituciones de menor orden que adolecen de todo la estructura administrativa y recursos financieros.

Bajo la óptica de esta situación y con miras a situar el devenir de la salud pública dentro del ámbito penitenciario colombiano, se realizó un análisis bajo los enfoques de gestión social del riesgo, de derechos, poblacional, de determinantes y de género.

2.2.1 El enfoque de gestión social del riesgo

Uno de los mayores logros alcanzados dentro ámbito penitenciario y carcelario es haber dimensionado redes sociales de apoyo, destinadas a solventar las limitaciones impuestas por el orden institucional y la disponibilidad de recursos, promoviendo con ello, la focalización de esfuerzos en aras de propiciar mejores prácticas penitenciarias y la incorporación de nuevos mecanismos de actuación institucional, los cuales son destinados a tratar los riesgos inherentes a los procesos de administración de la pena o resocialización del recluso.

Respecto a estas implicaciones, Dammert⁵⁸ et al., reiteran que el mantenimiento de las condiciones sanitarias en cualquier recinto penitenciario debería ser de primera importancia, pues de ello depende que el brote de alguna enfermedad no se transforme en una epidemia, de igual forma señalan que los descuidos u omisiones en el cuidado de la salud y las condiciones higiénicas en las cárceles puede implicar trasladar esos problemas a toda la comunidad, ya sea como resultado del contacto entre la prisión y el exterior, o a través de funcionarios y visitantes, así como por la eventual puesta en libertad de los reclusos.

Desde esta postura y referenciando el carácter social de las Instituciones penitenciarias, se puede manifestar que en Colombia, la administración penitenciaria sin declararlo, presenta una vocación orientada hacia la denominada *gestión social del riesgo*, dónde se ha posibilitado el concurso recurrente de múltiples Entidades e Instituciones que han brindado soporte asistencial y acompañamiento en el proceso de intervención del sinnúmero de vulnerabilidades y amenazas propias del ambiente penitenciario.

En esta vía, se puede destacar el trabajo realizado para gestionar el riesgo sanitario por parte del INPEC y su red social de apoyo, dónde es común ver el oficio institucional que cumplen la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, las Personerías, las Secretarías

⁵⁸ Dammert. Op. Cit.

de Salud, los Hospitales, las Empresas Promotoras de Salud, el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, entre otras, sin descontar el gran apoyo que brindan el Comité Internacional de la Cruz Roja y algunas universidades, qué ya sea por voluntad propia o por el marco jurídico que las rige, actúan para prevenir o intervenir las contingencias que día a día se origina en el medio intramural y que de no ser controladas pueden afectar a la población en general. Frente a este hecho, se puede refrendar esa vocación social que gobierna todos los procesos penitenciarios, y más aún la salud publica intramural, posiblemente porque las prisiones representan una cuestión social que atañe a todas las Instituciones y estamentos sociales del país.

Bajo este rigor y apropiando al medio penitenciario la denominada gestión social del riesgo, se puede indicar que esta puede entenderse como un proceso sistemático de carácter social e interinstitucional orientado al reconocimiento, análisis, evaluación, valoración y tratamiento del riesgo inherente al conjunto de amenazas y vulnerabilidades del orden natural y antrópico que hacen presencia en los ambientes de prisionalización. También puede ser entendida como el proceso continuo emprendido por la Institución penitenciaria y su red social de apoyo, a fin de hacer frente a los eventos imprevistos que tienen la capacidad de afectar el proceso de prisionalización, en especial la salud, seguridad, integridad y bienestar del recluso.

Consecuentemente y al indagar sobre la apropiación de este enfoque dentro del campo sanitario, se puede tomar como parámetro conceptual lo referido por el gobierno nacional, quién definió la gestión social del riesgo⁵⁹ como “un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad”.

En esta línea Arroyave⁶⁰ menciona que la gestión social del riesgo aplicada para el sector salud se basa en tres pilares o estrategias, la primera referida a la prevención del riesgo, a partir de acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; un segunda referida a la mitigación del riesgo a partir del acceso a los servicios asistenciales contenidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS; y finalmente una tercera relacionada con la superación del riesgo, a partir de acciones de tratamiento y curación de la enfermedad.

Dicho esto, se manifiesta que a la luz de este enfoque, el aporte de la red social de apoyo se ha manifestado mediante acciones puntuales de acompañamiento, seguimiento, control y asistencia, tales como: visitas de inspección sanitaria, estudios de casos y brotes epidemiológicos, provisión de servicios sanitarios en el marco del modelo de aseguramiento, actividades de prevención y promoción de la salud, realización de acciones de saneamiento básico, asistencia para el restablecimiento del derecho a la salud y al ambiente sano, realización

⁵⁹ Ministerio de Protección social. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Pág. 6

⁶⁰ Arroyave Zuluaga, Iván Darío. Articulación de enfoques y líneas de política. Diario el Pulso No. 109 (Artículo Online). 2007 (consultado el 28 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0710oct/debate/debate-04.htm>

de acciones de educación en salud, cofinanciación de programas sanitarios enfocado a la prevención y atención de eventos trasmisibles, entre otros.

Ahora bien, otro aspecto relevante que incentiva la acción sanitaria vista desde este enfoque, ha sido la construcción de puentes interinstitucionales y agendas de trabajo conjunto con los Entes rectores de la salud pública en el país, destinado a rediseñar el modelo de aseguramiento y optimizar la acción sanitaria. En este sentido, experiencias regionales han mostrado la conveniencia que el riesgo sanitario en prisión tenga el concurso de la acción interinstitucional e intersectorial conducentes a subsanar este déficit e inoperancia sanitaria⁶¹, con miras a dotar a las Instituciones penitenciarias y sus centros de reclusión de todo un conjunto de herramientas, políticas, programas, recursos y proyectos que den alcance a sus problemáticas y limitaciones sanitarias

De igual forma, al precisar el objeto dinamizador de este enfoque, es decir la noción de existencia del riesgo, se puede agregar que este tiene dos elementos críticos que configuran un escenario complejo para la movilización social y la acción sanitaria de la institución, por un lado la existencia de amenazas para la salud pública relacionadas con la carga de enfermedad y por otro lado la preexistencia de vulnerabilidades ligadas a la efectividad sanitaria del modelo de aseguramiento y prestación.

En cuanto a las amenazas, la epidemiología penitenciaria está condicionada por la sobrevenida de enfermedades de origen transmisible, debido a la presencia e influencia de algunos factores-determinantes de la salud relacionados con las condiciones de hacinamiento, la insalubridad, las conductas de riesgo, la precaria asistencia sanitaria y el ingreso frecuente de infractores portadores de un espectro importante de enfermedades infectocontagiosas. Sumado a esto Hariga⁶² menciona que, el primer problema de salud pública encontrado en la prisión es la violencia, a la que se le deben añadir las siguiente problemáticas.

- Alcoholismo y tabaquismo
- Dependencias-sobredosis por medicamentos y toxicomanías
- Traumatismos
- Pediculosis (infección por piojos)
- Problemas dentales
- Prevalencia de VIH, VHB, VHC y tuberculosis
- Problemas mentales y psicopatías
- Suicidios, tentativas de suicidios y automutilaciones

Adicionalmente dentro de este abordaje epidemiológico, la Asociación Pro-derechos Humanos de España⁶³ refiere que, en general la población reclusa a menudo reporta padecer las siguientes enfermedades o problemas de salud:

- Enfermedades pulmonares, tales como IRA y neumonía.

⁶¹ Arcuri, D. Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina. Rev Esp Sanid Penit No. 12 (Artículo online). 2010 (Consultado el 8 de abril de 2012). Pág. 21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v12n2/03_especial2.pdf

⁶² Hariga. Óp. Cit.

⁶³ Asociación Pro Derechos Humanos de España. Informe sobre la situación de las prisiones en España. Editorial Fundamentos, Vol. 239 (Libro electrónico). 2009. pág. 56.

- Enfermedades cardiovasculares, tales como hipertensión arterial.
- Enfermedades del aparato digestivo, tales como: gastritis, úlceras y diarreas.
- Diabetes
- Enfermedades de la próstata.
- Enfermedades de la vista como miopía.
- Enfermedades de la piel, como dermatitis, alergia, psoriasis y herpes.
- Anemia y desórdenes alimenticios.

Por ejemplo, frente a la problemática epidemiológica del VIH-SIDA y la tuberculosis, eventos transmisibles más estudiados en el medio de prisiones, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -ONUDD- han establecido dos realidades preocupantes. Sobre la prevalencia del VIH-SIDA en prisiones se indica que ésta excede la prevalencia en las comunidades⁶⁴ alcanzando en algunas poblaciones carcelarias el 65% de infectados⁶⁵, por su parte frente a la tuberculosis, se indica que las tasas de tuberculosis en las prisiones son hasta 50 veces superiores a las registradas en la población general⁶⁶.

Reafirmando este escenario, el Comité Internacional de la Cruz Roja⁶⁷ a través de su programa de salud en cárceles, ha señalado que las cárceles son lugares de detención donde las condiciones de vida son cuanto menos duras desde el punto de vista físico y psicológico. Igualmente indican que la incertidumbre de los detenidos se ve intensificada debido a las condiciones de detención en lo que respecta a la alimentación, la higiene y las instalaciones; finalmente resalta que debido a la superpoblación, estos lugares posibilitan que los reclusos sean propensos a enfermarse, ya que el riesgo de contraer tuberculosis, VIH y otras infecciones es mayor que en condiciones normales.

Respecto a las vulnerabilidades, se señala que estas van fundamentadas en las imperfecciones del modelo de aseguramiento y prestación, las cuales de una y otra manera se relacionan de forma directa con la concepción de la sanidad penitenciaria y los roles que cada uno de los actores integrantes del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario debe desarrollar en el marco de la acción sanitaria. Ante este último hecho, se precisa que mediante la expedición de la ley 1709 de 2014⁶⁸ se reorganizó el Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario, logrando integrar nuevos actores gubernamentales tales como: la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-USPEC, el Ministerio de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Esta nueva situación supone un mayor acompañamiento al INPEC en la ardua tarea de gestionar el riesgo en salud dentro de los Establecimientos de reclusión a su cargo. De igual forma y al puntualizar el actuar institucional que se espera sea desarrollado por cada una de

⁶⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC-. VIH/SIDA en Cárceles. (Página web). En: <http://www.unodc.org/ropan/es/PrisonReform/hiv-aids-in-prison/hiv-aids-in-prison-in-lac.html>

⁶⁵ Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Las tasas de tuberculosis y VIH se disparan en las prisiones, lo que constituye una amenaza para la salud pública. (Página web). En: <http://gtt-vih.org/book/print/4882>

⁶⁶ *Ibíd.*

⁶⁷ Comité Internacional de la Cruz Roja. La salud en las cárceles, introducción. (Artículo online). 2010 (consultado el 2 de noviembre de 2013). Disponible en <http://www.icrc.org/spa/what-we-do/health/health-prisons/overview-health-in-prisons.htm>

⁶⁸ Congreso de la república. Ley 1709, Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones. 2014.

estas Entidades, tabla 2-20, se resalta el posiblemente fortalecimiento de las funciones de rectoría y direccionamiento en salud que a la fecha el INPEC no ha podido desempeñar dadas sus limitaciones institucionales y presupuestarias.

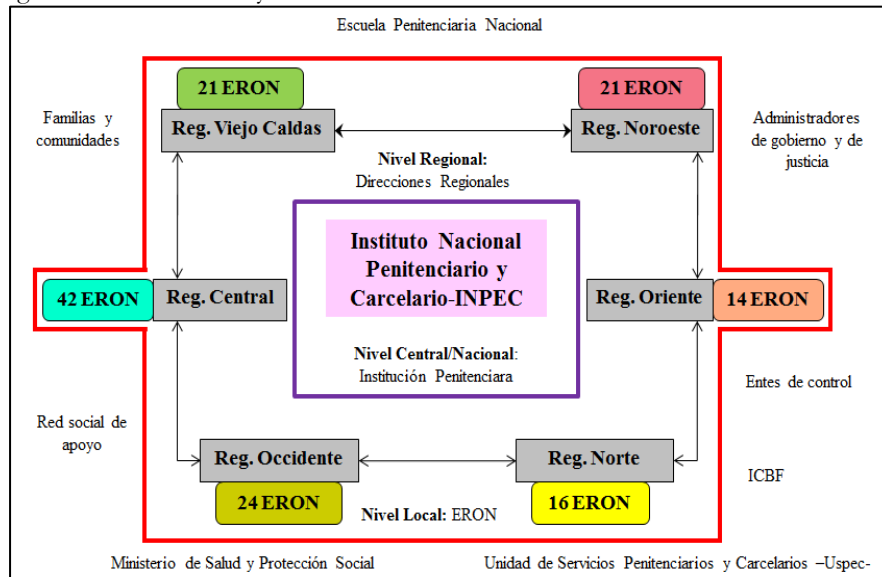
Tabla 2-20. Funciones misionales actores Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario

Actor	Funciones dentro del sistema
Ministerio de Justicia y del derecho	Formular, gestionar e implementar las políticas, planes, programas y proyectos de orden nacional, en materia de justicia y amparo efectivo de los derechos. Tiene a cargo la rectoría de la política criminal y penitenciaria.
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario	Contribuir al desarrollo y resignificación de las potencialidades de las personas privadas de la libertad, a través de los servicios de tratamiento penitenciario, atención básica y seguridad.
Unidad de servicios penitenciarios y Carcelarios	Gestionar y operar el suministro de bienes y la prestación de los servicios, la infraestructura y brindar el apoyo logístico y administrativo requeridos para el adecuado funcionamiento de los servicios penitenciarios y carcelarios a cargo del INPEC
Ministerio de salud y Protección social	Dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento.
Instituto Colombiano de Bienestar familiar	Trabajar por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia.
Escuela Nacional Penitenciaria	Incentivar y desarrollar la formación individual y el desarrollo profesional de los funcionarios penitenciarios.

Fuente: Elaboración propia, a partir de informaciones misionales publicadas en páginas web de las Entidades mencionadas.

Cabe anotar que esta nueva reconfiguración del sistema incluye la organización clásica del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC, que cuenta a nivel territorial con una Dirección Nacional, 6 Direcciones Regionales y 138 Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional-ERON. Lo cual que como resultado un sistema ampliado de acuerdo a la figura 2-6.

Figura 2-6. Organización del INPEC y sus niveles territoriales

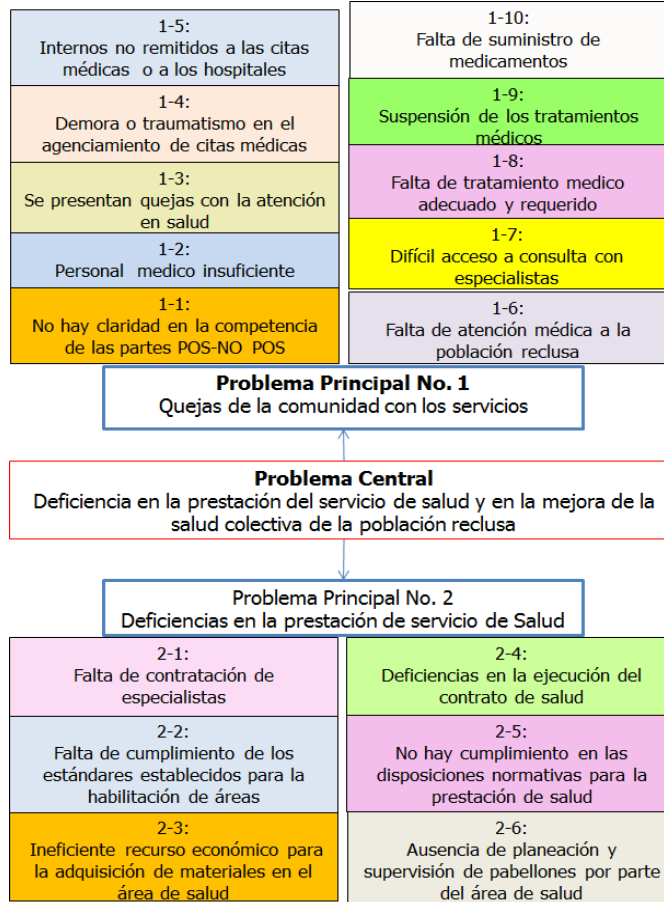


Fuente: Elaboración propia, a partir de las indicaciones Ley 65 de 1993 y Ley 1709 de 2014

Destáquese de la figura 2-6, el nivel nacional hace referencia a la Institución Penitenciaria y a las demás Entidades integradas, el nivel sub-nacional se relaciona con las Direcciones Regionales y el nivel local con los ERON's.

Retornando el eje de vulnerabilidades referidas al modelo de aseguramiento y prestación, la Institución penitenciaria realizó un diagnóstico sanitaria⁶⁹ dónde evidenció dos problemáticas centrales, figura 2-7, una relacionada las quejas de la comunidad con los servicios dispensados y otra con la deficiencia de la prestación del servicio de salud.

Figura 2-7. Problemáticas sanitarias de base del sistema penitenciario y carcelario -2011



Fuente: Elaboración propia, a partir de diagrama causa-efecto anexo diagnostico situacional del informe 100 días de gestión 21 de Diciembre de 2010-31 de Marzo de 2011.

Ante estos desafíos, se puede afirmar que desde el enfoque de gestión social del riesgo el INPEC y la recién creada USPC han encontrado un soporte relevante bajo la lógica de trabajo colaborativo con la red social de apoyo y demás actores del Sistema, que apuntala a la intervención de la carga de enfermedad y a solventar las coyunturas e inequidades sanitarias referidas a las imperfecciones del modelo de aseguramiento y prestación, lo cual apoyado en el

⁶⁹ Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia, Dirección General. Óp. Cit.

principio de “trasferir y compartir el riesgo” puede asegurar la contención de las amenazas en salud y la reducción de vulnerabilidades sanitarias con una visión pública.

Ya que como lo denota Hariga⁷⁰ la salud en prisiones es una responsabilidad pública, no solo porque el recluso sigue siendo ciudadano, sino porque las prisiones tiene contacto permanente y diario con la sociedad, mediante la visita de sus familiares, los flujos de visitantes, los recibos y excarcelaciones de infractores y la movilización de los agentes penitenciarios durante el desarrollo de sus quehaceres institucionales.

2.2.2 El enfoque de derechos

El enfoque de derechos se ha convertido en los últimos años en una vigorosa corriente que ha logrado reorientar la labor del Estado, la cual toma como base el redimensionamiento del rol y valor que tiene el ciudadano frente a las decisiones y actuaciones estatales, dotándolo de una serie de derechos y deberes constitucionales, que le permiten ser parte activa dentro de los cambios estructurales que viven las sociedades. Por lo tanto el enfoque de derechos, basa su acción en la instrumentación de una serie de principios y garantías jurídicas⁷¹, mediante las cuales las personas ven favorecidas sus libertades y mínimos fundamentales, destinados al desarrollo personal y goce de su condición humana. Es por ello que al hablar del enfoque de derechos, se hace referencia de forma directa al marco jurídico internacional que rigen los derechos humanos, los cuales entre otros manifiestan el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas.

Expuesto esto y para lograr una aproximación desde el enfoque de derechos a todo aquello que dimensiona la reafirmación histórico-jurídica del derecho a la salud, al ambiente sano y a la calidad de vida de las personas privadas de la libertad, se presenta en un primer momento un marco comprensivo de la relación entre el enfoque de derechos y la concepción del Estado Social de derecho, para luego concretar desde este enfoque el devenir de la salud pública dentro de las prisiones colombianas. Como se ha expresado previamente, el enfoque de derechos ha logrado renovar la vocación del Estado, en especial, a la hora de vislumbrar el cumplimiento de sus fines y relacionamiento con los ciudadanos, esto en gran medida se ha logrado por una nueva concepción estatal que dimensiona un Estado más incluyente y de corte social.

Bajo esta óptica y referenciando la concepción del Estado colombiano, se puede indicar que desde la promulgación de la Constitución Política de 1991, el Estado es concebido entre otras cosas, como *un Estado social de derecho*⁷², lo que se traduce en que la República es regida por un ordenamiento jurídico que otorga derechos y deberes a los ciudadanos; además posibilita que la acción estatal sea de corte intervencionista y benefactora, lo cual contribuye a impulsar el desarrollo de la sociedad; y por último, da un empoderamiento a los diversos estamentos sociales para garantizar una acción estatal efectiva, coherente y transparente de cara a sus

⁷⁰ Hariga. Óp. Cit.

⁷¹ Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. ONU. (Libro electrónico). 2006 (Consultado el 3 de julio de 2014). Pág. 1. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf

⁷² Asamblea Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Título I: principios fundamentales, artículo 1. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

necesidades y expectativas. En este respecto, la Corte Constitucional de Colombia⁷³ ha señalado que el *Estado social de derecho* se expresa en la Constitución mediante dos mecanismos claramente evidenciables; el primero englobado en el principio de igualdad, en el goce de una serie de derechos sociales y económicos y en el acceso a un conjunto de servicios públicos a cargo del Estado; mientras que el segundo se refiere, a la participación de los ciudadanos en las decisiones estatales.

Dada esta postura y pretendiendo la comprensión proximal del significado que se le pueden dar a los derechos humanos y del ciudadano dentro de las dinámicas propias del *Estado Social de Derecho*, se puede establecer que estos constituyen el conjunto de deberes, garantías, prerrogativas y libertades de carácter individual y colectivo que por mandato constitucional han sido otorgadas al conjunto de ciudadanos que conforman una sociedad, las cuales están alineadas por la declaración universal de derechos humanos y por el marco jurídico que rige cada Nación. En cuanto a su fundamentación y estructura, se puede indicar que estos derechos engloban una serie de bienes jurídicos conexos y titularizados ligados a una serie de prescripciones del orden económico, social, político y cultural esenciales para la vida y bienestar de las personas. De igual forma se puede indicar, que su esencia está enlazada con los principios y bienes jurídicos que rigen los derechos humanos a nivel universal.

Dicho esto, se destaca que al transponer esta concepción del denominado *Estado Social de Derecho* con la materia que aquí se analiza, se resalta que esta concepción se alinea en lo que concierne a la promoción de la igualdad como medio para disminuir las brechas entre los diversos grupos y sectores de la población. Ante esta relación, la Corte Constitucional⁷⁴ expresó que “en el *Estado Social de Derecho* la igualdad material es determinante como principio fundamental que guía las tareas del Estado, con el fin de corregir las desigualdades existentes, promover la inclusión y la participación y garantizar a las personas o grupos en situación de desventaja el goce efectivo de sus derechos fundamentales”.

En contraprestación, la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos⁷⁵, estableció que el enfoque basado en derechos tiene como propósito “analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo”. En este marco, se establece que el enfoque de derechos precisa dos situaciones en particular, una titularidad de derechos que deben ser reivindicados y una titularidad de deberes que deben ser cumplidos. Los primeros que recaen sobre los ciudadanos y los segundos sobre el Estado y los estamentos sociales que ejercen funciones gubernamentales.

De otro lado, como valor añadido se ha postulado que el enfoque de derechos favorece dos situaciones en concreto⁷⁶, por un lado se habla de la existencia de un argumento intrínseco,

⁷³ Corte Constitucional Colombiana. Sentencia C-566 de 1995. Disponible en : <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6720>

⁷⁴ Corte Constitucional Colombiana. Sentencia C-1064 de 2011. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4417>

⁷⁵ Oficina del alto comisionado de las naciones unidas para los derechos humanos. Óp. Cit. Pág. 16

⁷⁶Ibid. Pág. 17

toda vez que el enfoque reconoce lo que es moral y jurídicamente justo y por otro lado, se habla de un argumento instrumental que promueve un mejor y sostenible desarrollo humano. Referido esto, el enfoque de derechos además precisa un conjunto de características doctrinales, que pueden localizarse en las siguientes⁷⁷:

- Reconoce la ciudadanía de todas las personas, la cual es social y política, además de visible y exigible.
- Regulariza las relaciones sociales, donde se asegura el reconocimiento de las personas de forma individual y colectiva.
- Busca relaciones de igualdad y respeto a las diferencias sociales y económicas, mediadas por las relaciones de poder entre los diversos grupos sociales.
- Enfatiza a la persona como sujeto integral, cuyos derechos son universales e indivisibles.
- Reconoce la diversidad social y la especificidad
- Plantea la democracia como un derecho humano, donde se la da la posibilidad de participar, vigilar y exigir el cumplimiento de los derechos humanos
- Supone una institucionalidad basada en el sujeto

En consecuencia y partiendo de lo anteriormente expuesto, se reconoce que los sistemas penitenciarios y carcelarios a menudo precisan situaciones que promueven la generación de inequidades sociales respecto a la vida en libertad, conllevando a que los derechos humanos de la población reclusa no sean ejercidos de forma continua, toda vez que por concepción las prisiones son escenarios propicios para la segregación y aislamiento, bajo la excusa de la aplicación de una medida cautelar de privación de la libertad, lo que conlleva a que la dignidad de esta población sea violentada y vulnerada.

Es por ello que la cuestión penitenciaria desde el enfoque de derechos gira alrededor de la reivindicación del recluso como un sujeto de derechos, lo cual transita por una disyuntiva que ha generado diversas controversias alrededor del valor humano que posee el recluso frente al ciudadano libre, toda vez que se parte del análisis moral del daño o afrenta social que el primero ha causado, lo cual supone un castigo ejemplar de reparación social. Desde esta postura, se reconoce que frecuentemente las sociedades despojan a las personas privadas de la libertad de su dignidad humana⁷⁸, en parte por la necesidad de ver revertidos los prejuicios sociales causados por los infractores o simplemente por ser una forma adecuada para sentir que la condena es congruente con el nivel de dolo o intención.

Al respecto la Defensoría del Pueblo⁷⁹ precisa que “la distorsión se produce porque se cree que sólo son titulares de derechos humanos las personas virtuosas que cumplen sus deberes sociales y observan un buen comportamiento en sociedad”, ante esta situación indudablemente estas personas verán vulnerada su condición humana, resultando en una marginalización y exclusión social, que a la larga llevará a sentirse ajenos al entramado social del cual hacen parte, reproduciendo infinitamente sus conductas delictivas.

⁷⁷ Solis, Sonia. El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social. (Documento online) 2003. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf

⁷⁸ Defensoría del pueblo de Colombia. Derechos de las personas privadas de libertad, Manual para su vigilancia y protección. 2006. Nueva Legislación Ltda. Bogotá. Pág. 71

⁷⁹ *Ibíd.* Pág. 71

Frente a esta situación, diversos organismos internacionales encargados de promover los derechos humanos han precisado la necesidad imperiosa de proteger y equiparar los derechos fundamentales de la población reclusa respecto de los que gozan la población libre, en este asunto la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos⁸⁰ ha expresado que “con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos”. Esta manifestación deja claro que las personas privadas de la libertad deben tener garantía a la salvaguarda de sus derechos fundamentales, además de todos aquellos del orden económico, social, cultural, civil y político que se encuentran facultades por la ley y según su situación jurídica.

Complementariamente, se ha evidenciado que a partir de lo expresado por los Organismos internacionales en la materia, la cuestión de promover la dignificación de la vida del recluso se ha vuelto una tarea obligada de los diversos componentes del Estado, ya que el país por ser una entidad democrático ha suscrito diversos tratados y acuerdos que buscan la promoción de la vida en reclusión y la protección de recluso, en este respecto por ejemplo, y reafirmando esta premisa, la Organización de Estados Americanos⁸¹ de la cual hace parte Colombia declaró que “Toda persona privada de libertad que esté sujeta a la jurisdicción de cualquiera de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos será tratada humanamente, con irrestricto respeto a su dignidad inherente, a sus derechos y garantías fundamentales, y con estricto apego a los instrumentos internacionales sobre derechos humanos”.

Atendiendo a esto y rastreando las indicaciones dadas por la carta magna colombiana, se identifica que la Constitución expone en los primeros títulos una serie de derechos de carácter fundamental, social, económico, colectivo y del ambiente, que no son extraños y en el último tiempo han venido ligándose al funcionamiento del Sistema Penitenciario y Carcelario del país. Siendo lo más relevantes los contenidos en los artículos⁸² 11, 48, 49 y 79, dado que estos han dado orientación a las mejoras de las condiciones de detención de los infractores. En la especificidad cada uno de estos artículos expresa lo siguiente: artículo 11 “El derecho a la vida es inviolable”, el artículo 48 “Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social”, el artículo 49 “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, y el artículo 79 “Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano”.

⁸⁰ Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. (Página web) 1990. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/tratamiento_reclusos.htm

⁸¹ Organización Americana de Estados Americanos. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. (Página web) 2008. Principio I. disponible en: www.cidh.oas.org/.../RESOLUCION%201-08%20ESP%20FINAL.pdf

⁸² Asamblea Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Título II de los derechos, las garantías y los deberes, artículos 11, 48, 49 y 79. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Bajo este marco constitucional el enfoque de derechos va teniendo un papel protagónico, ya que está siendo incorporado paulatinamente a la política pública, dónde logra dar una nueva orientación del actuar estatal en pro de los ciudadanos y de los grupos vulnerables de la sociedad. Muestra clara es la integración del enfoque a los planes estratégicos en salud, caso concreto el uso que se le da al enfoque por parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021⁸³, que reitera frente a la conexión entre este enfoque y el derecho a la salud, el siguiente apartado “en el escenario de los derechos humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos”.

Alienada con esta consigna, en Colombia se han producido dos hechos notables que se alinean con lo promulgado por la OEA, la ONU y por la política colombiana en materia sanitaria, el primero referido a la construcción de nueva infraestructura penitenciaria a fin de aumentar los cupos en las cárceles del país, buscando la disminución de los niveles de hacinamiento; y el segundo, relacionado con la afiliación de la población reclusa al Sistema general de seguridad Social en Salud. Sin duda progresos en materia de desarrollo de la política penitenciaria y el restablecimiento de derechos, aunque con ciertas deficiencias en su instrumentación lo que ha opacado la acción y voluntad estatal. Sumado a esto se contabiliza que los avances en materia de salud penitenciaria se han dado en parte por la apropiación del enfoque de derechos por parte de la población reclusa y los defensores de la causa penitenciaria, incidiendo de forma directa sobre las actuaciones de la Institución Penitenciaria y demás actores del sistema Nacional Penitenciario y Carcelario.

En este sentido, se reconoce que durante el año 1992 se produce el primer pronunciamiento de la Corte Constitucional, la cual reconoce el derecho a la salud de los reclusos, la Corte⁸⁴ en su pronunciamiento destacó que “las personas privadas de la libertad gozan de todos los derechos inherentes a la dignidad humana en general, y en particular del derecho a la salud”, además aclara que “La salud es aquí obligación del detenido y del Estado. Del detenido, en la medida en que debe velar por su integridad. Y del Estado, porque el detenido está bajo su protección y responsabilidad, el cual tiene una obligación de resultado: devolver a la persona en el estado físico en que la recibió, sin perjuicio del deterioro natural del transcurso del tiempo”⁸⁵.

Es claro que este pronunciamiento dejó sentado las responsabilidades y obligaciones del Estado para con la salud de la población reclusa, aunque no clarificaba los mecanismos que deben ser usados para este fin. Por lo tanto al rastrear prescripciones existentes, los *Principios básicos para el Tratamiento de los Reclusos*⁸⁶ de la ONU mencionaba la necesidad de incorporar la sanidad en prisiones a la sanidad proveída a la población libre, en este sentido declaró que “los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por

⁸³ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. 2013. Pág. 25.

⁸⁴ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-522 de 1992. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-522-92.htm>

⁸⁵ *Ibíd.*

⁸⁶ Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Óp. Cit.

su condición jurídica”, lo cual se constituyó como el mecanismo más factible a instrumentar para lograr el goce a la salud dentro de las prisiones.

Por lo tanto se puede afirmar que debido a la apropiación del enfoque de derechos, la salud pública y todo lo referido al aseguramiento y prestación ha sido redimensionado bajo un nuevo estatus jurídico, que le otorga al recluso entre otras cosas la garantía para acceder a servicios de salud adecuados y ser objeto de acciones sanitarias que le brinden la oportunidad de gozar de un mejor estado de salud. Ante este nuevo estatus se puede dimensionar un nuevo conglomerado normativo en materia sanitaria, tabla 2-22, que entre otras cosas está compuesto por normas de carácter nacional y penitenciario, a las que se le suman las declaraciones internacionales y la jurisprudencia donde se recogen los pronunciamientos y doctrina que exige el restablecimiento del derecho a la salud por parte de las personas privadas de la libertad.

Tabla 2-21. Matriz legal general de normas aplicables a la sanidad Penitenciaria a 2014

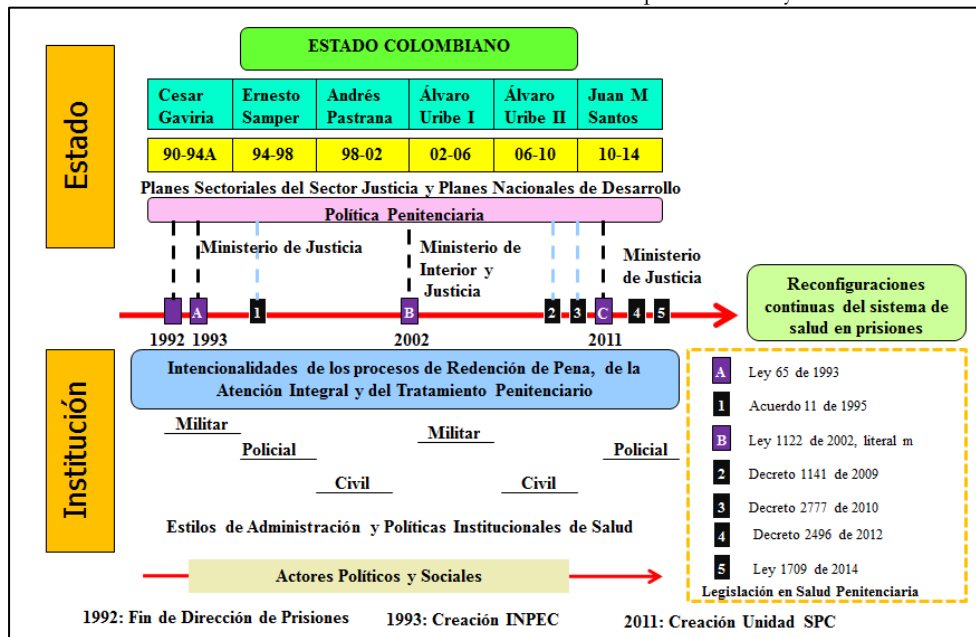
No.	Norma	Emisor	Objeto
I. Aspectos relacionados con la sanidad Penitenciaria			
1	Constitución política	Asamblea constituyente	Derecho a la seguridad social, art 48
2	Política nacional de Prestación de servicios de Salud-2005	Ministerio de la Protección Social	Garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos
3	Ley 100 de 1993	Congreso	Se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
4	Ley 715 de 2001	Congreso	Se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros
5	Ley 1122 de 2007	Congreso	Se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
6	Ley 1438 de 2011	Congreso	Se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
7	Decreto 1011 de 2006	Presidencia de la republica	Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8	Resolución 1446 de 2006	Ministerio de salud y protección social	Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud
9	Resolución 5521 de 2013	Ministerio de salud y protección Social	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
10	Resolución 5522 de 2013	Ministerio de salud y Protección Social	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación — UPC, del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014
11	Decreto 3518 de 2006	Presidencia de la republica	Se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones
12	Resolución 425 de 2008	Ministerio de salud y protección social	Se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud T.
13	Circular 1 y 2 de 2008	Ministerio de salud y superintendente nacional de salud	Lineamientos sobre la ejecución de las acciones colectivas de salud pública incluidas en la resolución 425 de 2008 y Lineamientos PAI
II. Aspectos Penitenciarios y Carcelarios en Salud			
14	Declaración Universal de los derechos humanos	ONU	Derecho a la vida, seguridad social y a la salud y bienestar
15	Reglas mínimas ONU para el tratamiento	ONU	Higiene personal, alimentación, ejercicio físico, servicios médicos,

No.	Norma	Emisor	Objeto
	Reclusos		
16	Resolución No.1, OEA derechos personas privadas de la libertad	OEA	Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, principios IX, X, XI y XII
17	Ley 65 de 1993	Congreso	Se expide el Código Penitenciario y Carcelario
18	Ley 1709 de 2014	Congreso	Se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones
19	Sentencia T-522 de 1992	Corte constitucional	Derechos del interno/derecho a la salud-reconocimiento
20	Sentencia T-606 de 1998	Corte constitucional	Derecho a la salud del interno-preservación por el estado
21	Sentencia T-607 de 1998	Corte constitucional	Derecho a la salud del interno-protección por conexidad con la dignidad humana u otros derechos fundamentales
22	Sentencia T-530 de 1999	Corte constitucional	Derecho a la salud y sistema integral de seguridad social
23	Decreto 2496 de 2012	Presidencia de republica	Se establecen normas para la operación del aseguramiento en salud de la población reclusa y se dictan otras disposiciones.
24	Resolución 2200 ONU 1996	ONU	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
25	Resolución 7302 de 2005	INPEC	Se expiden pautas para la atención integral y el Tratamiento Penitenciario
26	Acuerdo 0011 de 1995	INPEC	Se expide el Reglamento General al cual se sujetarán los reglamentos internos de los Establecimientos

Fuente: Elaboración propia

Es de reseñar que este devenir jurídico en materia de derechos se dio de forma progresiva durante los últimos 22 años, tiempo durante el cual se produjeron como ya se ha mencionado pronunciamientos de las instancias judiciales en materia sanitaria seguida a la par por una reconfiguración recurrente del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario colombiano, figura 2-8.

Figura 2-8. Evolución histórica de las realidades sanitarias del sistema penitenciario y carcelario



Fuente: Elaboración propia

Cabe señalar que la titularidad de derechos en salud se basaba en lo contenido por la Ley 65 de 1993 y las respectivas explicaciones jurídicas, allí se dictaba que la sanidad penitenciaria se desplegaba desde el mismo momento que el infractor ingresa al Establecimiento de reclusión, luego allí se le proveía un examen médico de ingreso destinado a determinar sus condiciones de salud. Respecto al monitoreo y asistencia sanitaria, la misma ley contemplaba la oferta de servicios sanitarios en virtud a los niveles de atención requeridos, mediante la organización de áreas de sanidad intramural y a la contratación de una red de prestadores⁸⁷, por lo tanto se podría deducir que el INPEC ejercía las funciones de prestación, aseguramiento y financiación de los servicios de salud.

Bajo esta lógica el INPEC tuvo la rectoría para dinamizar la prestación de los servicios de salud y la mejora de la vida intramural dentro los Establecimientos de reclusión a su cargo, siendo modificada esta función durante el año 1998, cuando la Corte Constitucional debido a las reiteradas solicitudes y quejas de parte de la población reclusa respecto a las carencias y dificultades para acceder al servicio de salud y la precariedad de vida, expide las sentencias T-153, T-606 y T-607 que conminan al INPEC y al Estado colombiano a constituir o convenir un Sistema de Seguridad Social en Salud que garantizara la atención a la población reclusa del país y mejorar las condiciones de prisionalización, lo cual vuelve a ser reiterado en el año 2008 mediante sentencia T-1031 de 2008.

Hechos que fueron materializados en el año 2007 mediante la promulgación de la Ley 1122 de 2007⁸⁸, que da cuenta de la obligación de afiliar la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de determinar los mecanismos adecuados para operativizar referido prescripción.

En lo que respecta a la sentencia T-153⁸⁹ de 1998, la materia de análisis entre otras cosas, son las condiciones de hacinamiento y sus consecuencias, allí la corte determina que “Las condiciones de hacinamiento impiden brindarle a todos los reclusos los medios diseñados para el proyecto de resocialización”, además agrega que “De manera general se puede concluir que el hacinamiento desvirtúa de manera absoluta los fines del tratamiento penitenciario”, finalmente agrega que “El problema carcelario representa no sólo un delicado asunto de orden público, como se percibe actualmente, sino una situación de extrema gravedad social”, lo con cual se pone de plano que el hacinamiento es un asunto crítico que trascienden a todos los niveles dentro de los ambiente intramurales y de no atenderse puede llevar al traste las acciones institucionales destinadas a la integración social positiva del recluso.

Frente a las sentencias que atañen al servicio de salud, se resalta que la sentencia T-606⁹⁰ de 1998 recalca el derecho a la salud del interno y la responsabilidad de su preservación por parte del Estado, señalando que “El Estado asume, con cargo al Tesoro Público, la responsabilidad

⁸⁷ Que a menudo era constituida por la red pública hospitalaria de cada región

⁸⁸ Hechos mencionado en el artículo 14 literal m.

⁸⁹ Corte Constitucional Colombiana. Sentencia T-153 de 1998. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-153-98.htm>

⁹⁰ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-606 de 1998. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-606-98.htm>

integral por el cuidado, prevención, conservación y recuperación de la salud de los internos, independientemente de que éstos se encuentren privados de la libertad a título preventivo o de pena”. Complementariamente la sentencia T-607⁹¹ de 1998 establece la conexidad de derecho a la salud con la dignidad humana u otros derechos fundamentales, afirmando que “Si bien el derecho a la salud no es en principio fundamental y adquiere dicho carácter sólo por su conexidad con derechos de tal rango”, de igual forma reiteraba la obligación del INPEC y el estado a la contratación de la prestación de los servicios de salud bajo el sistema subsidiado.

Derivado de lo expresado jurídicamente en la Ley 1122 de 2007 y en las sentencias de la Corte Constitucional, el Ministerio del Interior y Justicia expide el Decreto 1141 de 2009 destinado a reglamentar la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Normando entre otras cosas:

- La afiliación de la población reclusa será al régimen subsidiado a través de una EPS pública del orden nacional, que en este caso sería CAPRECOM-EPS.
- Los reclusos que contaban con afiliaciones al régimen contributivo y exceptuado podrían seguir conservando esta condición.
- La extensión de la afiliación se hacía hasta los hijos de las reclusas.
- La financiación en ese instante quedaba a cargo del presupuesto de la Entidad.
- La organización de los servicios de salud estarían a cargos del prestador, el cual debía velar por organizar los servicios de acuerdo al plan de beneficios vigente.
- Se precisaba que las áreas de sanidad debían cumplir con lo vigente para el sistema obligatorio de garantía de calidad

Frente a esta racionalidad se reconoce que al extender la seguridad social a la población reclusa se da paso a la protección integral de su integridad y capacidad humana, reivindicando un derecho que ya se había planteado en la Constitución y del cual no se hacía efectivo su gozo siendo esto. Respecto a esto Torres Tarazona⁹² refiere que la seguridad social debe entenderse como un derecho social fundamental, indicando que “la seguridad social no es solo un derecho, también estipula que es el instrumento protector dirigido a remediar consecuencias que afecten el bienestar de la persona”.

Retomando los cambios jurídicos planteados a partir del enfoque de derechos que ya venía presionando al Gobierno Nacional y a los actores del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario respecto a facilidades presupuestales y dicotomías administrativas, se emite el Decreto 2777 de 2010 que modifica algunos apartados del Decreto 1141 de 2009, dando luces acerca del financiamiento de la afiliación de la población reclusa que debía hacerse al Régimen Subsidiado en salud y financiado con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA-, además se da claridad en lo referido a la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, el cual debía ser financiado con recursos a cargo del INPEC. Aunque debido en parte a estas transicionalidades y desajustes derivados de la falta de sincronía entre las realidades penitenciarias intramurales con las dinámicas externas

⁹¹ Corte constitucional de Colombia. Sentencia T-607 de 1998. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-607-98.htm>

⁹² Torres Tarazona, Luis Alberto. Aproximaciones a la seguridad social en el estado social de derecho, aspectos teóricos y jurisprudenciales. Ediciones Doctrina y Ley Ltda. Bogotá. 2012. Pag. 1

aplicables al sistema de salud colombiano, se origina el Decreto 2496 de 2012, que entre otras cosas pretendió establecer normas claras y concretas para la operación del aseguramiento en Salud de la Población Reclusa, dejando claro los deberes del prestador frente a los servicios intramurales

Otro cambio sustancial para la operación de la sanidad penitenciaria se da con la creación de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios –USPEC-, logrado mediante Decreto 4150 de 2011. Allí el Gobierno Nacional le otorga una serie de funciones relacionadas con el aseguramiento y contratación de los servicios de salud de la población reclusa, las cuales fueron clarificadas en el momento de expedir el Decreto 2496 de 2012, dónde entre otras cosas se buscó instrumentar una serie de medidas referidas a:

- Garantizar una adecuada y oportuna prestación de servicios de salud a la población reclusa del país
- Establecer una Unidad de Pago por Capitación que reflejará las condiciones especiales de la atención en salud de la población reclusa.
- Dictar normas orientadas a la reorganización del aseguramiento, correspondiéndole al INPEC el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados y a la USPEC la asignación de las EPS que afiliarán a dicha población al Régimen Subsidiado.

Finalmente y dado la coexistencia y la redistribución progresiva de competencias entre el INPEC y la USPEC, el Gobierno Nacional a través de la actualización de la Ley 65 de 1993 promulgada mediante la expedición de la Ley 1709 de 2014, transfiere totalmente las funciones de aseguramiento y prestación a la USPEC, prescribiendo en materia sanitaria lo siguiente:

- El funcionamiento en todos los centros de reclusión de Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias, las cuales serán adecuadas por la USPEC.
- Las personas privadas de la libertad tendrán acceso a todos los servicios del sistema general de salud de conformidad con lo establecido en la ley sin discriminación por su condición jurídica.
- La USPEC deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad.
- El modelo de atención promovido tendría como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.
- Cualquier tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico que se determine como necesario para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas o mentales, sería aplicado sin necesidad de resolución judicial que lo ordene.
- Se crea el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, el cual se encargará de contratar la prestación de los servicios de salud de todas las personas privadas de la libertad, de conformidad con el modelo de atención.
- Adicionalmente la norma en cuestión introduce un CONPES que deberá definir el plan estratégico y financiero de la política carcelaria que posibilita un plan de sanidad.

Finalmente y a título de conclusión, se rescata el hecho que la salud pública, en especial la provisión de servicios de salud intramural como se ha mostrado, ha sido regularizada y

reformada gracias a la reivindicación de la titularidad del derecho a la salud sobre la base del valor humano que tiene el recluso como sujeto social, lo que posibilita que estas transformaciones se sigan dando bajo el principio de paridad frente a los derechos y garantías constitucionales que tienen los ciudadanos libres. Es por ello que al otorgarle a la sanidad penitenciaria un prioridad social y política manifiesta, se podrían conseguir de forma coordinada entre los diversos grupos de interés dentro del ambiente penitenciario una mejor calidad asistencial, la reducción del riesgo infeccioso, el desarrollo asertivo de acciones de prevención de la salud de los reclusos, el respeto del secreto médico y el fortalecimiento de la cultura en salud penitenciaria, donde toda la comunidad penitenciaria y carcelaria tenga participación y roles definidos⁹³

2.2.3 El enfoque poblacional

En sí misma la prisión configura un espacio donde confluyen diversos grupos poblacionales, debido en parte a que el delito no distingue estatus social, raza ni etnia. Bajo este presupuesto la prisión logra confrontar y entremezclar diversas realidades socioculturales, derivando en un escenario de carácter pluricultural, donde el sujeto es construido y deconstruido continuamente. En razón a ello, la prisión logra decantar y entrelazar diversas generaciones de hombres y mujeres, que sufren el rigor del encerramiento y la apatía estatal frente a sus necesidades individuales.

En este campo, la prisión y el proceso de encerramiento traen consigo un sinnúmero de efectos adversos sobre las capacidades biosociales de esta población. En este marco Hariga⁹⁴ establece que la prisión conforma intrínsecamente un ambiente patógeno, que recibe una población infractora precarizada y vulnerable, que además presenta malas condiciones de salud. Por su parte Pierre-Yves⁹⁵ refiere que las condiciones de vida en prisión son en sí mismas patógenas y ellas favorecen los comportamientos de riesgo, tales como el tabaquismo, el sobreconsumo de medicamentos y el consumo de drogas ilícitas introducidas en prisión.

De igual forma Hariga⁹⁶ reitera que la salud de los reclusos constituye un problema de salud pública, dado que este colectivo convive en un mismo entorno y bajo unas mismas condiciones ambientales, compartiendo una serie de problemáticas en salud ligadas al ambiente de prisionalización y a otros factores individuales relacionadas con las características individuales de la población que conforma esta micro-sociedad. Ante este panorama, las Instituciones penitenciarias han basado su actuar sanitario sobre el conjunto de necesidades de salud individuales y colectivas, por un lado las necesidades individuales son atendidas a través de los mecanismos de asistencia sanitaria previstos por el modelo de aseguramiento y prestación, mientras que las colectivas sobre abordadas por los programas de salud pública

⁹³ Chauvin Isabelle. La santé en prison: les enjeux d'une véritable réforme de santé publique. Esf Editeur (Libro electrónico). 2000

⁹⁴ Hariga Óp. Cit.

⁹⁵ Pierre-Yves Robert. La santé en prison: La violence contre soi-même. Actualité et dossier en santé publique 44 (Artículo online). 2003 (Consultado el 10 de abril de 2014). Pág. 17-54. Disponible en : <http://www.hcsp.fr/docs/pdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>

⁹⁶ Hariga. Óp. Cit.

que la Institución penitenciaria desarrolla de forma autónoma o por intermedio de su red social de apoyo.

Dicho esto, la acción sanitaria responde a un enfoque de carácter poblacional, donde los problemas en salud son intervenidos de acuerdo a las características de la población y sus grupos constituyentes. En este preámbulo se entiende como enfoque poblacional⁹⁷ a “las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad”.

De otro lado y al efectuar el reconocimiento espacial de la cobertura del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano, se destaca que las acciones sanitarias emprendidas por el INPEC, la red social de apoyo y los prestadores de salud confluyen bajo un enfoque poblacional debido a que la carga de enfermedad y las necesidades en salud difieren entre otras cosas, según la zona de origen y de habitad de la población, aunque también se da el caso que algunos reclusos proceden de zonas distintas a su lugar de reclusión.

Al indagar sobre el despliegue sanitario desde la óptica poblacional, se evidenció que las principales acciones en este orden, se encuentran documentadas por el prestador intramural a nivel de actividades de planificación familiar, detección temprana alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, detección temprana de las alteraciones del embarazo, actividades de fomento y educación según grupo de riesgo, prevención cáncer de seno y cervicouterino, medicina general para reclusos y reclusas, atención de la población infantil, salud visual y odontología, entre otras⁹⁸.

2.2.4 El enfoque de determinantes

La Organización Mundial de la Salud –OMS-⁹⁹ define los determinantes de la salud como el “Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”. Ahora bien, al introducir este concepto en la órbita de los ambientes penitenciarios, se logra reconocer un espectro variado de factores causales que influyen la salud del recluso, repentizadas no solo en su biología, sino marcadas por el entorno de encarcelamiento, el actuar de la Institución penitenciaria, los estilos de vida y la organización del sistema de sanidad penitenciario.

Bajo esta óptica se reconoce que el proceso de prisionalización colombiano logra crear unas condiciones de vida intramural deficitarias, que a lo largo del cumplimiento de la condena logran no solo permea el ser físico del recluso, sino también su modo de vida, su sistema de valores y su ciclo biológico, que a la larga se traducirá en una desmejora de su salud. Por lo cual los entornos de prisionalización son entendidos como medios agresivos y violentos,

⁹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Op. Cit.

⁹⁸ Caprecom EPSS. Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional. 2012

⁹⁹ Moiso, Adriana. Determinantes de la salud. Fundamentos de la Salud Pública. Argentina, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP. (Capítulo del Libro electrónico). 2007. En http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_6.pdf

derivado de las diversas convergencias sociales y delictivas que allí tienen lugar, de igual forma son catalogados como ambientes degradados e insalubres, en virtud al poco o deficiente proceso de manutención que la Institución Penitenciaria y el Estado le proveen.

Frente al primer aspecto, Quintero¹⁰⁰ menciona que el ambiente carcelario se encuentra caracterizado por un elevado grado de peligrosidad asociado a la actividad penitenciaria que allí se desarrolla, pero atañe esta peligrosidad al problema de criminalidad que contienen los perfiles delictivos de la población reclusa.

De igual forma y frente al segundo aspecto, es claro que la sobrepoblación en Colombia causa el fenómeno de hacinamiento, que acarrea una sobreutilización de la infraestructura de prisiones, donde la densidad penitenciaria interna, va creando condiciones insalubres y propicias para la confrontación social entre los diversos grupos de reclusos.

Ante esto se podría lograr una aproximación a la concreción de los determinantes de la salud en prisiones recurriendo a la perspectiva de Modelo Lalonde y a la ampliación conceptual que realiza Alan Dever¹⁰¹ et al., donde se destacan 4 factores claves para entender el estado de salud de los individuos, siendo ellos la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención de salud.

Frente al primer factor, es decir la biología humana, se sabe ya que el recluso colombiano tiene una deficiente salud física y mental, dado que proviene de entornos sociales excluidos y marginalizados, donde las acciones de prevención y promoción de la salud poco se desarrollan; además se debe tener en cuenta que durante su vida en libertad su preocupación por el seguimiento y restablecimiento de sus condiciones de salud no es constante o desconoce cómo hacerlo.

En lo que concierne al segundo factor, el cual hace referencia al medio ambiente en las prisiones colombianas, se puede indicar que éste puede ser revisado desde las dimensiones física, social y psicológica. El ambiente físico es dónde más problemáticas se evidencian, estas se relacionan con: el acceso y suministro de agua potable; la contaminación del aire intramural; el deficiente acceso y calidad de los alimentos; la presencia de vectores y plagas, tales como ratas, palomas, pulgas, chinches, entre otros; el inadecuado estado de la red de alcantarillado y servicios de lavado e inodoros; la deficiente disposición de residuos sólidos y líquidos; las inadecuadas condiciones de trabajo y estudio durante el proceso de resocialización; y la degradación urbana de los ambientes comunales adyacentes a los centros de reclusión.

A la luz de esto, un condicionante que conlleva a la degradación de los ambientes intramurales y su posterior insalubridad, es sin duda el hacinamiento. Que va ligado al aumento de los casos de tuberculosis, enfermedades respiratorias y enfermedades gastrointestinales, además de facilitar la transmisión de enfermedades infecciosas, la infestación de plagas, entre otras

¹⁰⁰ Quintero Fabián Anibal. Caracterización ambiental de establecimientos penales: Una aproximación multifactorial. Rev Estud Criminol y Penit 11. (Artículo online). 2007 (consultado el 30 de marzo de 2014). Pág. 135-154. En <http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/Revista17/Articulo19.pdf>

¹⁰¹ Dever, GE Alan, et al. Epidemiología y administración de servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. 1991.

En Colombia a diciembre de 2013, tabla 2-23, el hacinamiento se situaba en un 57.8%; siendo crítico en la regional Norte con un 92.6%, seguido por la regional Noroeste con un 91.1%, la regional Oriente con un 77,4% y la regional Occidente con un 71.5% respectivamente.

Tabla 2-22. Porcentaje de hacinamiento Regionales INPEC a 31 de diciembre 2013

Regional	Capacidad	Población	Participación	Hacinamiento
Central	28.481	37.462	31,21%	31,50%
Occidente	14.414	24.722	20,60%	71,50%
Norte	7.180	13.826	11,52%	92,60%
Oriente	7.267	12.891	10,74%	77,40%
Noroeste	8.485	16.211	13,51%	91,10%
Viejo Caldas	10.239	14.920	12,43%	45,70%
Total Dic-13	76.066	120.032	100,00%	57,80%

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre de 2013 por el SISPEEC-WEB

Respecto a la dimensión social, se evidencia que dada la aglomeración de infractores, las cárceles en el país son sociedades convulsionadas dónde se genera conflictos derivado del entorno relacional y físico del que dispone la población reclusa, dado que adicional a las condiciones de vida del recluso, se precisa la existencia de conflictos entre los mismos reclusos que afectan la convivencia en general, además se evidencia un apoyo familiar es deficiente o inexistente, sumándole que la población reclusa es un grupo invisible a los ojos de los demás niveles y sectores de la sociedad.

Finalmente y respecto a la dimensión psicológica, dado las condiciones físicas de encierro, las características del entorno relacional, el estado emocional del recluso y la preexistencia de patologías mentales, se establece una carga mental significativa que lleva a problemas psicológicos permanentes, psicopatías y adicciones a sustancias psicoactivas.

De otro lado al trascender al tercer factor, se localizan los estilos de vida, los cuales repentizan los hábitos de consumo, higiene y actividad física. En lo referido a los hábitos de consumo, se ha evidenciado que la población reclusa en el país sufre de inseguridad alimentaria, derivado de las malas prácticas de los contratistas de alimentación, lo que lleva a que no consuma las dietas recomendadas para su condición, además es dado al consumo de sustancias alcohólicas artesanales y de fármacos sin prescripción médica.

En lo que respecta a los hábitos de higiene, los reclusos no tienen un ciclo de sueño y reposo adecuado, además son individuos que no precisan un cuidado personal íntegro y a menudo descuidan la limpieza y aseo de su entorno, lo que hace pensar que el recluso sufre una degradación humano auto-infringida. En cuanto a los hábitos de actividad física, se reconoce que las prisiones a menudo se realizan actividades de recreación, aprovechamiento del tiempo libre y deportes, aunque en ocasiones estas no compensan las necesidades de actividad de esta población.

Finalmente al analizar el cuarto factor, que denota la organización y disposición de los servicios de salud en prisiones, se reafirma la existencia de coyunturas estructurales y funcionales (que ya han sido recogidas en el apartado de gestión social del riesgo) que

obstaculizan a la Institución Penitenciaria dar alcance a las necesidades y requerimientos de salud de los reclusos, además el sistema de atención carecen de una vocación hacia la atención y prevención de patologías tales como la tuberculosis, el VIH-SIDA, la hepatitis, el sarampión, la varicela o la parotiditis.

2.2.5 El enfoque de perspectiva de género

La condición de género dentro del ambiente de prisiones reviste singular atención, toda vez que desde su concepción, los sistemas penitenciarios están pensados alrededor del hombre infractor, dejando de lado cualquier consideración frente a las necesidades de las mujeres privadas de la libertad. Bajo esta premisa, se podría rastrear éste presupuesto como un reflejo del pensamiento social que considera más proclive la participación del hombre en situaciones delictivas que el de la mujer.

Ante este hecho Antony¹⁰² refiere que, el análisis de la mujer delincuente es a menudo descartada de los análisis criminológicos, toda vez que la trasgresión femenina no goza del igual interés frente a los delitos de los hombres, que a menudo son de gran impacto. De igual forma refiere que el trato de la mujer en prisión no es equiparable con la del hombre, derivando en que sus procesos de encarcelamiento y resocialización son más descuidados. Al respecto Rodríguez¹⁰³ señala que “Las mujeres privadas de libertad al ser recluidas bajo un modelo de encierro androcéntrico, inspirado en el varón y que responde a las necesidades y realidades masculinas, sufren un menoscabo en el reconocimiento de sus derechos y libertades propias de su condición de género”.

Por lo tanto, al vislumbrar las prisiones desde la perspectiva de género, tal y como lo señala Cérvello¹⁰⁴, es habitual que la mujer privada de la libertad manifieste unas particularidades inherentes a su concepción biológica y vida delictiva. A la luz de esto, se pueden reconocer una serie de características del orden criminológico, social, penal y familiar, así pues, desde la esfera criminológica, se manifiesta la encarcelación por delitos relacionados con el narcotráfico; desde la esfera social, se contabilizan mujeres excluidas, con pocos recursos económicos y una limitada formación escolar; desde la esfera penal, las reclusas reciben penas de corta o mediana duración; y desde la esfera familiar, la mujer infractora procede de familias desestructuradas y en ocasiones presenta la condición de ser madres.

Ante este hecho, lograr una aproximación a los procesos penitenciarios desde la perspectiva de género constituye un abordaje esencial, no solo para lograr describir la situación de reclusión que reporta la población femenina, sino también para develar ese entramado social que manifiesta condiciones asimétricas entre el hombre y la mujer privada de la libertad. Es por ello, que abordar la salud pública desde el enfoque de género, posibilita poner en relieve los aspectos sanitarios que se configuran como factores de inequidad y desigualdad sanitaria

¹⁰² Antony, Carmen. Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. Nueva sociedad 208 (Artículo online). 2007 (Consultado el 5 de abril de 2014). Pág. 73-85. Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/3418_1.pdf

¹⁰³ Rodríguez, María Noel. Mujeres madres en prisión en América Central. Euned. (Libro electrónico). 2005.

¹⁰⁴ Cérvello, Donderis, Vicenta. Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. Revista de estudios penitenciarios 1. (Artículo online) 2006 (Consultado el 21 de julio de 2014). Pág: 129-150

alrededor del género del individuo recluso. En este respecto la OMS¹⁰⁵ define el enfoque de salud pública basado en el género como “parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer”, añade además que esto sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y así actuar en consecuencia.

Desde esta postura, se manifiesta que la feminización de los entornos carcelarios en Colombia y en el mundo, conlleva dos asuntos sanitarios de interés, por un lado la condición de mujer en estado gestante y lactante, y por otro, la presencia y coexistencia de población infantil, que obliga a los servicios de salud intramural a ofrecer otro tipo de atenciones para dar alcance a las necesidades de estas poblaciones particulares, tales como servicios de pediatría y ginecología-obstetricia. Sin contar el alcance que se le debe dar a las acciones colectivas de salud y al control de los factores de riesgo.

Frente a los problemas de salud que afectan a las reclusas se destacan los mismos problemas sufridos por la población masculina, aunque en este asunto Antony¹⁰⁶ reitera que la mujer en ocasiones padece más de trastornos nerviosos con la consecuente prescripción de tranquilizantes. Igualmente resalta que la reclusa y sus hijos sufren “la falta de médicos ginecológicos y de pediatras”. Lo que a la luz del derecho se traduce en la vulneración del derecho a la salud y al bienestar del que gozan fundamentalmente la población infantil que viven dentro de las prisiones.

En este respecto se evidencia que las prisiones colombianas adolecen de toda la infraestructura y las facilidades locativas requeridas para que las reclusas en su papel de madre puedan acompañar el desarrollo de sus hijos, bajo este rigor Mejía¹⁰⁷ et al., resaltan que “las instalaciones de los centros penitenciarios no brindan las garantías necesarias para el desarrollo adecuado de la madres y de sus hijos, pues en la mayoría de los casos no cuentan con las condiciones mínimas de espacio y salubridad”, esto en suma determina que en parte por la falta de una política penitenciaria con enfoque de género se trasgreden no solo derechos fundamentales de la población femenina sino también de sus hijos.

Complementariamente y resaltando los resultados sanitarios del estudio de Jaramillo¹⁰⁸ et al., la población femenina privada de la libertad de Colombia son reclusas que presenta un grado de escolaridad bajo, con pocos hábitos saludables (poca actividad física, elevado consumo de cigarrillos) y limitada proyección laboral y personal. De igual forma es una población que en caso de necesitar dietas terapéuticas no tiene acceso garantizado a ellas, por tanto se pueden

¹⁰⁵ Organización Mundial de la Salud. ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? (Página web) 2007 (consultado el 10 de julio de 2014). Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

¹⁰⁶ Antony. Óp. Cit.

¹⁰⁷ Mejía Ortega Luz Mery et al. Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de las internas e hijos convivientes en el centro de reclusión para mujeres el Buen Pastor de Medellín. Rev. Gerencia. Políticas salud, Vol. 10, No. 20, (Artículo online). 2009 (Consultado el 6 de abril de 2014). Pág.121-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a09.pdf>

¹⁰⁸ Jaramillo Ángel, Claudia Patricia y Benjumea Rincón, María Victoria. Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de Manizales. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Vol. 1 (Artículo online) 2007 (Consultado el 21 de julio de 2014). Pág. 109-123. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100009

precisar algunos problemas derivados como obesidad y sobrepeso. A nivel de los procesos sanitarios, se puede rastrear que gozan de un deficiente servicio médico y odontológico, sumado a los problemas para acceder a métodos en planificación y deficiencias en la formación en salud respecto a las infecciones de transmisión sexual.

2.3 Teoría y praxis de las Funciones Esenciales de Salud Pública

A partir de la expedición de la estrategia “*La Salud Pública en las Américas*”, la Organización Panamericana de la Salud -OPS- ha venido promoviendo la adopción del proceso de medición de las capacidades para el ejercicio de la Salud Pública al interior de los países mediante las denominadas *funciones esenciales de salud Pública-FESP*, que den como resultado la optimización de los sistemas de salud de cara a los desafíos y necesidades sanitarias que precisa la población.

Se resalta que la operativización de la medición se realiza bajo la figura de autoevaluación, donde voluntariamente y autocríticamente las Autoridades Nacionales de Salud y los órganos territoriales inscritos en la gestión de la salud pública, examinan una serie de estándares que le sirven de comparadores frente a su desempeño logrado durante el periodo de evaluación.

Tomando como referencia esto, el presente apartado teórico pretende resumir el marco lógico y conceptual que rige la medición de las funciones esenciales de salud pública, posibilitando su ajuste para ser examinadas al interior de las acciones, prácticas y procesos en salud pública a cargo del INPEC.

2.3.1 Generalidades de las FESP

Las Funciones Esenciales de Salud Pública -FESP- se definen “como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública”¹⁰⁹, bajo esta base, se precisa que las FESP constituyen los aspectos críticos que deben ser puestos en análisis para precisar un plan de fortalecimiento y desarrollo sanitario que conduzca al fortalecimiento del actuar institucional de parte de las autoridades sanitarias nacionales frente a las expectativas de las expectativas crecientes de las sociedades.

De igual forma la OPS indica que como resultado de su medición se esperaría “un diagnóstico que no solo sea una imagen estática del actual estado de cosas sino un análisis dinámico de los resultados que se obtienen hoy y de los que serán posibles en el futuro si se invierte en el cierre de las brechas de recursos, capacidades y procedimientos detectadas”¹¹⁰. Frente a esto, el instrumento de las FESP propuesto por la OPS se orienta a medir tres escenarios en específico:

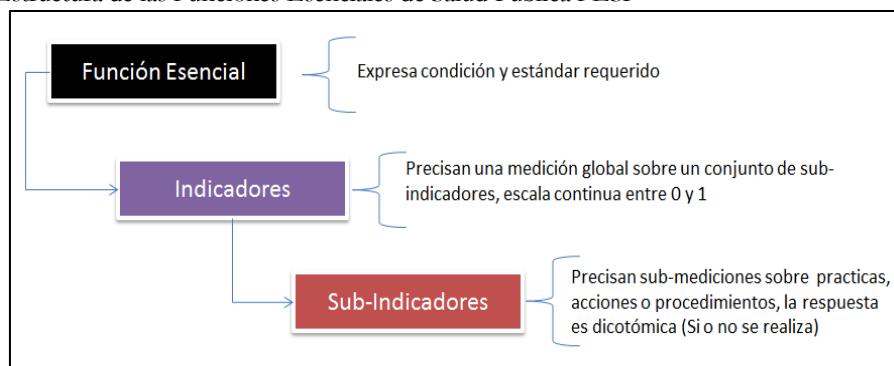
¹⁰⁹ Organización Panamericana de la salud-OPS. Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. (Libro electrónico) 2011. (Consultado el 20 de mayo de 2014). Disponible En: new.paho.org/hq/.../2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf

¹¹⁰ *Ibíd.*

- a) El cumplimiento de resultados y procesos claves.
- b) El desarrollo de Capacidades e Infraestructura.
- c) El desarrollo de competencias descentralizadas.

Para ilustrar la mecánica de evaluación de una FESP, se resalta en la figura 2-9 la estructura itinerante que sigue la lógica de medición, que inicia en la comprensión de la condición objeto de evaluación bajo una serie de estándares de base, los cuales son examinados mediante la revisión de una serie de indicadores y sub-indicadores.

Figura 2-9. Estructura de las Funciones Esenciales de Salud Pública FESP



Fuente: Elaboración del investigador, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

En cuanto a la clasificación prevista para las funciones esenciales, tabla 2-23, se establece que estas se contabilizan en una total de 11. Las cuales son precisadas como sigue

Tabla 2-23. Relación de Funciones esenciales de Salud Publica

No.	Descripción FESP
1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3	Promoción de salud
4	Participación de los ciudadanos en salud
5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública
7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9	Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y Colectivos
10	Investigación en salud pública
11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud publica

Fuente: Manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

2.3.2 Particularidades y fines de las FESP

A fin de ampliar el marco comprensivo sobre las funciones esenciales, se presenta en las tablas 2-24 a la 2-34, los alcances e indicadores fijados para cada una de las funciones esenciales¹¹¹.

¹¹¹ Ibíd.

Tabla 2-24. Función No.1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

FESP 1	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud. ▪ La identificación de las necesidades de salud de la población. ▪ El manejo de las estadísticas vitales y la situación de grupos de interés. ▪ La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de S. ▪ La identificación de recursos extra-sectoriales que aportan en promoción de la salud. ▪ El desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información. ▪ La definición y el desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis. 	
Indicadores	1.1	Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
	1.2	Evaluación de la calidad de la información
	1.3	Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
	1.4	Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
	1.5	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales de salud pública

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-25. Función No.2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

FESP 2	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad para hacer investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones. ▪ La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de tamizajes poblacionales, pesquisa de casos e investigación epidemiológica ▪ Laboratorios de salud pública capaces de conducir tamizajes rápidos y de procesar un alto volumen de exámenes. ▪ El desarrollo de activos programas de vigilancia epidemiológica. ▪ La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan un mejor enfrentamiento de los problemas de salud de interés. ▪ El fortalecimiento de la capacidad de vigilancia en el nivel local para activar respuestas rápidas. 	
Indicadores	2.1	Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud Pública
	2.2	Capacidades y experticia en vigilancia de salud pública
	2.3	Capacidad de los laboratorios de salud pública
	2.4	Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de SP
	2.5	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales de salud pública

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-26. Función No.3: Promoción de salud

FESP 3	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El fomento de los cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”. ▪ El fortalecimiento de alianzas intersectoriales con el fin de hacer más efectivas las acciones promocionales. ▪ La evaluación del impacto en salud de las políticas públicas. ▪ El desarrollo de acciones de educación y comunicación social dirigidas a promover condiciones, estilos de vida, conductas y ambientes saludables. ▪ La reorientación de los servicios de salud para el desarrollo de modelos de atención. 	
Indicadores	3.1	Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables.
	3.2	Construcción de alianzas sectoriales y extra-sectoriales para la promoción de la salud.
	3.3	Planificación y coordinación de las estrategias de información, educación y comunicación
	3.4	Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción
	3.5	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales para fortalecer las acciones de promoción de salud

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-27. Función No.4: Participación de los ciudadanos en salud

FESP 4	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera de influir en las decisiones que afecten su salud y su acceso a adecuados servicios ▪ La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, para el mejoramiento del estado de salud de la población y la promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable. 	
Indicadores	4.1	Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública
	4.2	Fortalecimiento de la participación social en salud
	4.3	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales para fortalecer la participación social

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-28. Función No.5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública

FESP 5	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean mensurables y consistentes con un marco valórico que favorezca la equidad. ▪ El desarrollo, monitoreo y evaluación de las decisiones políticas en salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico ▪ La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluyendo planificación estratégica, con énfasis en los procesos de construcción, implementación y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población. ▪ El desarrollo de competencias para la toma de decisiones basada en evidencia incorporando su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y comunicación efectiva, el desarrollo organizacional y la gestión de recursos. ▪ El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en salud pública. 	
Indicadores	5.1	La definición nacional y sub-nacional de objetivos en salud pública.
	5.2	Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública.
	5.3	Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública.
	5.4	Gestión de la cooperación internacional en salud pública.
	5.5	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-29. Función No.6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública

FESP 6	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad institucional para desarrollar el marco regulador para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento. ▪ La capacidad de generar nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como a promover ambientes saludables. ▪ La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud. ▪ La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa. 	
Indicadores	6.1	Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio
	6.2	Hacer cumplir la normativa en salud
	6.3	Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio
	6.4	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-30. Función No.7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

FESP 7	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios. ▪ El desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud ▪ El monitoreo y la evaluación del acceso a los servicios de salud. ▪ La estrecha colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. 	
Indicadores	7.1	Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios.
	7.2	Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población.
	7.3	Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud Necesarios
	7.4	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-31. Función No.8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

FESP 8	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La identificación de un perfil de los recursos humanos en salud pública adecuado para la entrega de servicios de salud pública. ▪ La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención de salud, enfrentar con eficiencia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública. ▪ La definición de requerimientos para la acreditación de profesionales de salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de SP ▪ La formación de activas alianzas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública. ▪ El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y pluricultural en SP ▪ La formación ética del personal de salud pública, con énfasis en principios y valores tales como solidaridad, equidad, respeto a la dignidad de las personas. 	
Indicadores	8.1	Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública
	8.2	Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo
	8.3	Educación continua, permanente y de postgrado en salud pública
	8.4	Perfeccionamiento de los RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios
	8.5	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales en el desarrollo de recursos humanos

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-32. Función No.9: Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individual y Colectivo

FESP 9	Descripción	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La promoción de la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de calidad ▪ La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación. ▪ La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios. ▪ La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías de salud que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud y contribuye a mejorar su calidad. ▪ La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad. ▪ La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud. 	
Indicadores	9.1	Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
	9.2	Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud
	9.3	Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de

FESP 9	Descripción
	decisiones en salud pública
9.4	Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-33. Función No.10: Investigación en salud pública

FESP 10	Descripción
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La investigación rigurosa dirigida a incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones en sus diferentes niveles. ▪ La implementación y el desarrollo de soluciones innovadoras en salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado. ▪ El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, intra y extra-sectorial, para realizar oportunamente estudios que apoyen la toma de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en lo más amplio de su campo de acción.
Indicadores	10.1 Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública
	10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación
	10.3 Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles sub-nacionales de salud pública

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

Tabla 2-34. Función No.11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud pública

No.	Descripción
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desarrollo de políticas, la planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública. ▪ Un enfoque integral respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país. ▪ La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres. ▪ La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de problemas de salud generados por emergencias y desastres.
Indicadores	11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres
	11.2 Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
	11.3 Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones
	11.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles sub-nacionales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Fuente: Elaboración propia, basado en manual Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. OPS 2011.

2.3.3 Experiencias colombianas en la medición de las FESP

Teniendo en consideración que no se encontró evidencia respecto a la apropiación y posterior medición de las capacidades para el ejercicio de la salud pública en el ámbito penitenciario, se procedió a describir los ejercicios en la materia desarrollados en el año 2003 por los entes territoriales de salud de los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y Caldas. Los cuales fueron acompañados por la OPS/OMS, el Ministerio de Salud y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

2.3.3.1 Experiencia de medición en el Departamento de Antioquia

De acuerdo al documento medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Departamento de Antioquia¹¹², El proceso de medición de las FESP se llevó a cabo los días 25 y 26 de agosto de 2003 mediante el desarrollo de un taller de aplicación del instrumento. Cuyos resultados fueron postulados en su momento, para servir de base en la formulación del Plan departamental de salud 2004-2007.

El proceso tuvo 26 capacitadores de base pertenecientes a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia-DSSA y de la facultad Nacional de Salud Pública de la universidad de Antioquia, este equipo fue sometido a una capacitación por parte del Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud de Bogotá, que como parte de esta dinámica coadyuvaron en el ajuste del instrumento a las realidades del Departamento. Luego se procedió a realizar una convocatoria dónde se invitaron a varios actores del sector salud de Antioquia a sumarse a las mesas temáticas con el objeto de realizar la aplicación del instrumento, que previamente había sido ajustado.

Durante la dinámica, se organizaron 6 grupos de trabajo, de acuerdo a la experiencia y perfil de los participantes. Esta organización se precisó como sigue:

Tabla 2-35. Organización de equipos de trabajo para medición FESP-Antioquia

No.	Descripción FESP	Grupo a cargo	Participantes
1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	1	Funcionarios responsables de: Prevención y Promoción, vigilancia epidemiológica, sistemas de información, epidemiólogos, Laboratorio Salud Pública, de: DSSA, EPS, EPS-S, DLS, Facultad Nacional de Salud Pública.
2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública		
3	Promoción de salud		
4	Participación de los ciudadanos en salud	2	Funcionarios responsables de: Prevención y Promoción PAB, salud pública, comunicación social en salud, salud ambiental, de: DSSA, EPS, EPS-S, DLS, Establecimientos educativos, asociaciones de usuarios, equidad de género, etnias, gremios, representantes de pensionados.
5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	3	Funcionarios responsables de: planificación en salud, participación social, política social, economía de la salud, vigilancia y control, tecnologías y sistemas de salud, aspectos legales de salud, evaluación de tecnologías en salud, salud ambiental, Laboratorio de salud pública, de: DSSA, EPS, EPS-S, DLS, Establecimientos educativos.
6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública		
7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	4	Funcionarios responsables de: aseguramiento, prestación de servicios, auditoría de salud, financiamiento del sector, planificación, participación social, política social, vigilancia y control, aspectos legales de salud, de: DSSA, EPS, EPS-S, DLS, Establecimientos educativos
9	Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y Colectivos		
8	Desarrollo de recursos	5	Centro de investigación, Instituto de Medicina Tropical,

¹¹² Dirección Seccional de salud de Antioquia-DSSA. Documento medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Departamento de Antioquia. (Documento electrónico). Colombia. 2003

No.	Descripción FESP	Grupo a cargo	Participantes
	humanos y capacitación en salud pública		Establecimientos educativos, de: DSSA, DLS.
10	Investigación en salud pública		
11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud pública	6	Programa aéreo de salud, Departamento Administrativo de Planeación, Departamento Administrativo de Atención y Prevención de desastres, Cruz Roja, Defensa Civil, Simpad, Bomberos.

Fuente: Documento medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Departamento de Antioquia. Colombia. 2003

En total se logró la participación de 122 personas asignados a cada grupo, la totalidad de los grupos contó con 2 facilitadores, un relator, un coordinador del proceso y un representante del Ministerio de salud.

Los resultados que arrojó el proceso fueron los siguientes:

Tabla 2-36. Resultados globales de la medición de las FESP-Antioquia

No.	Descripción FESP	Puntaje	Interpretación
1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	0,48	Medio inferior
2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	0,78	Óptimo
3	Promoción de salud	0,43	Medio inferior
4	Participación de los ciudadanos en salud	0,58	Medio superior
5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	0,66	Medio superior
6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	0,68	Medio superior
7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	0,16	Mínimo
8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	0,10	Mínimo
9	Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y Colectivos	0,09	Mínimo
10	Investigación en salud pública	0,27	Medio inferior
11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud pública	0,31	Medio inferior

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados consignados en el documento medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Departamento de Antioquia. Colombia. 2003

Hallazgos globales

En su momento la DSSA informó sobre sus resultados lo siguiente:

- Señalo que la función 2 era su gran fortaleza,
- Mientras que las funciones 4, 5 y 6 fueron funciones dónde la Secretaria de Salud había concentrado esfuerzos de fortalecimiento.
- Por su parte en cuanto a las funciones 1, 3, 10 y 11, la DSSA indicó que se reportaban algunas acciones y procedimientos de carácter se reportaban algunas acciones.
- Finalmente para las funciones 7, 8 y 9, refirió la necesidad de enfocar acciones de fortalecimiento destinados a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad.

2.3.3.2 Experiencia de medición en el departamento de Valle del Cauca

La Secretaria de Salud del Valle y el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública –CEDETES estuvieron a cargo del proceso de medición, contando con el acompañamiento del Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS y el coordinador del proceso FESP de la secretaria de salud de Bogotá. Por su parte el proceso de medición tuvo lugar entre el segundo y tercer trimestre del año 2003. Al igual que el proceso de Antioquia, la medición en el departamento del Valle contó con la participación de funcionarios de la Secretaria de salud departamental, de las Secretarías de Salud Municipal, Hospitales, IPS, EPS, Secretarías Departamentales, organismos de emergencias, sociedad civil, gremios, ONG's, representantes del Ministerio de Salud, entre otros.

En el informe de medición¹¹³ se informa que el objeto de la medición se concentró en identificar aspectos críticos destinados a enriquecer el proceso de estructuración de decisiones políticas, sociales, gerenciales y la definición de cambios con relación a las funciones de la secretaria como autoridad territorial de salud.

Frente a la estructura del proceso de medición este se realizó en 5 fases, descritas así:

- a) **Sensibilización**, dónde concertó, se revisaron experiencias y se discutieron conceptos respecto a las FESP.
- b) **Ajuste del Instrumento**, donde se revisaron competencias y se realizaron cambios al instrumento y al aplicativo.
- c) **Actividades preparatorias**, donde se concertó las competencias de los facilitadores y evaluadores, se realizó el entrenamiento, luego se hizo la convocatoria y se ajustó la logística.
- d) **Aplicación de la medición**, mediante la realización de 11 mesas por cada FESP
- e) **Devolución de resultados**, se realizaron 3 foros, 2 reuniones internas y se publicaron los resultados
- f) **Propuesta de mejoramiento**, análisis de resultados, aportes y se realizó la presentación y debate de resultados

Uno de los señalamientos que se hizo fue la necesidad de ajustar el instrumento a las especificidades, competencias y campos de acción de la Autoridad Territorial de Salud, en este caso a lo referido a la secretaria de Salud del Valle.

En cuanto a los participantes, se señala que la participación se distribuyó como sigue: Secretaria Departamental de Salud en un 19%, Secretarías de Salud Municipales del Valle en un 18%, representantes de las EPS/EPSS públicas y privadas en un 10%, academia en un 11%, comunidad 11%, representantes de IPS/EPS público-privadas en un 15%, ONG's y profesionales especializados de otros sectores en un 16%. En promedio se tuvo participación 12 evaluadores por cada una de las 11 FESP, el total fue de 134 personas participantes.

¹¹³ Secretaria de Salud del Valle del Cauca. Informe de Medición de Desempeño de las Funciones esenciales de Salud Publica ejercida por la Autoridad Sanitaria Territorial Departamental del Valle del Cauca. (Documento electrónico) 2003

De otro lado y en lo concerniente a la evaluación, cada respuesta se validó si se lograba un consenso cercano al 70 % del total de evaluadores que participaban en la evaluación de la respectiva FESP, en casos de disensos, se pasaba a rondas de justificación destinadas a ampliar informaciones sobre la respectiva pregunta y así llegar al consenso deseado.

Tabla 2-37. Resultados globales de la medición de las FESP-Valle del Cauca

N	Descripción FESP	Puntaje	Interpretación
1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	0,34	Medio inferior
2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	0,30	Medio inferior
3	Promoción de salud	0,18	Mínimo
4	Participación de los ciudadanos en salud	0,14	Mínimo
5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	0,15	Mínimo
6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	0,14	Mínimo
7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	0,34	Medio inferior
8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	0,14	Mínimo
9	Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y Colectivos	0,06	Mínimo
10	Investigación en salud pública	0,14	Mínimo
11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud pública	0,12	Mínimo

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados consignados en el Informe de Medición de Desempeño de las Funciones esenciales de Salud Pública ejercida por la Autoridad Sanitaria Territorial Departamental del Valle del Cauca. 2003

Hallazgos globales

La Secretaria de Salud del Valle del cauca indica sobre los resultados que

- Las funciones 1, 2 y 7 reflejan un resultado congruente con las inversiones realizadas por el departamento en los años precedentes, que van a la par de las funciones tradicionales de la salud pública.
- Por su parte las funciones 3, 4, 5, 6, 8, 9,10 y 11 reflejan áreas emergentes que el Departamento y la Secretaria no han abordado con rigor, pero marcan en sí desajustes, debilidades, deterioro de esfuerzos, aspectos críticos o desatenciones que deben ser reformuladas y reforzadas.

2.3.3.3 Experiencia de medición en el Departamento de Caldas

El proceso de medición se realizó el 17 de Julio de 2003, en el cual participaron 108 personas entre profesionales de diferentes sectores relacionados con la salud pública y representantes de la comunidad. El proceso de medición estuvo a cargo de la Secretaria departamental de salud de caldas y la Universidad de caldas con la asistencia de la OPS.

En el marco del proceso, se desarrollaron dos talleres, uno para facilitadores donde participaron 26 personas entre las cuales estaban representantes de la Secretaria de salud, académicos, funcionarios y especialistas de la salud. Estos facilitadores tenían la misión conducir el proceso de medición, además de revisar el proceso y revisar el instrumento de aplicación. Por su parte el segundo taller se concentró en la aplicación del instrumento,

afinando para este fin los criterios y la mecánica de medición. En cuanto a la mecánica de aplicación, se crearon seis grupos como sigue:

Tabla 2-38. Distribución de grupos para evaluar las FESP- Caldas

Grupo	1	2	3	4	5	6
FESP	1 y 2	3 y 4	5 y 6	7 y 9	8 y 10	11

Fuente: Elaboración propia a partir de información consignada en el Informe de resultados del taller aplicación del instrumento en el Departamento de Caldas. 2003

Los resultados del proceso arrojaron los siguientes resultados¹¹⁴:

Tabla 2-39. Resultados globales de la medición de las FESP-Caldas

N	Descripción FESP	Puntaje	Interpretación
1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	0,78	Optimo
2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	0,81	Optimo
3	Promoción de salud	0,29	Medio Inferior
4	Participación de los ciudadanos en salud	0,21	Mínimo
5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	0,36	Medio Inferior
6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	0,32	Medio Inferior
7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	0,92	Optimo
8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	0,06	Mínimo
9	Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y Colectivos	0,60	Medio Superior
10	Investigación en salud pública	0,14	Mínimo
11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud publica	0,07	Mínimo

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados consignados en el Informe de resultados del taller aplicación del instrumento en el Departamento de Caldas. 2003

Hallazgos globales

La Secretaria de Salud de Caldas resaltó sobre sus resultados que:

- La evaluación de la función 7 no tuvo la suficiente representatividad de la comunidad, y los aportes de los participantes fueron limitados y escaso conocimiento.
- La función 9 tuvo buena puntuación posiblemente por la primacía de los conceptos de los responsables del proceso.
- Los resultados de la función 1 y 2 reflejan el trabajo de la Secretaria frente a la normatización, estandarización de procesos, y formación del talento humano.
- Respecto a la función, se reconoce poca participación de ciudadanos y grupos comunitarios respecto a las decisiones en salud pública.
- Frente a las funciones 8 y 10, se hace énfasis en la desarticulación de las Entidades a cargo de estas acciones.
- Finalmente en lo referido a las funciones 3, 5 y 6, se reconoce el descuido y poco apoyo a los niveles locales.

¹¹⁴ Secretaria de Salud de Caldas, Informe de resultados del taller aplicación del instrumento en el Departamento de Caldas. (Documento electrónico) 2003

Capítulo 3. Diseño Metodológico de la Investigación

3.1 Tipo de estudio

Desde el nivel de investigación y basado en el enfoque de la vigilancia en salud pública, el tipo de estudio se clasifica como descriptivo, toda vez que se parte del conocimiento de las realidades sociodemográficas y epidemiológicas, de los determinantes ambientales y de las líneas de acción sanitaria que imperan en el Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario, a fin de propiciar un proceso propositivo destinado a medir la capacidad institucional para el ejercicio de la salud pública desde los tres niveles de organización territorial.

Desde la perspectiva del investigador, el tipo de estudio es de naturaleza observacional, toda vez que durante la fase de campo se realizaron una serie de visitas a la Dirección General del INPEC, a la Dirección Regional Central y al Complejo Metropolitano de Bogotá “La Picota” para decantar la estructura, estado, realidades y proyección de la gestión de la salud pública en el ámbito penitenciario.

3.2 Fases de Investigación

El proceso de investigación se realizó en 4 fases, las cuales tuvieron el siguiente alcance operacional:

Tabla 3-1. Relación fases de investigación, objetivos específicos y alcance operacional

Descripción de la Fase-F _w	Objeto Especifico-OE _x de la fase	Alcance Operacional de las Actividades-A _x
F₁ Estudio de las realidades sanitarias y epidemiológicas en el ámbito penitenciario	OE₁ Realizar una aproximación a la situación de salud que presenta la población reclusa, mediante la construcción de un perfil sociodemográfico y epidemiológico desde el abordaje nacional, regional y local.	A_{1.1} Construcción del perfil epidemiológico de la población reclusa A_{1.2} Construcción del perfil socio-demográfico

Descripción de la Fase-F _w	Objeto Especifico-OE _x de la fase	Alcance Operacional de las Actividades-A _x
F₂ Caracterización de las características sociodemográficas y epidemiológicas en el ámbito penitenciario	OE₂ Caracterizar las condiciones higiénicas, sanitarias y ambientales inherentes a los entornos penitenciarios colombianos, mediante la identificación de los principales factores-determinantes relacionados con el entorno físico de reclusión	A_{2.1} Definición de las realidades higiénico-sanitarias y ambientales imperantes en los establecimientos de reclusión A_{2.2} Localización de los aspectos críticos que afectan la salubridad del entorno físico de reclusión
F₃ Caracterización de los factores-determinantes de la salud referidos al ambiente físico de reclusión	OE₃ Describir la concepción y las líneas de acción sanitaria que la institución penitenciaria ha desarrollado en sus diferentes niveles de organización territorial.	A_{3.1} Descripción de la política penitenciaria en salud pública desde el planteamiento normativo A_{3.2} Descripción de la política penitenciaria en salud pública desde la acción institucional
F₄ Medición de la capacidad penitenciaria para el ejercicio de la salud pública	OE₄ Determinar la capacidad penitenciaria de ejecución de las funciones esenciales de la salud pública, mediante el ajuste y aplicación del instrumento recomendado por la Organización Panamericana de la Salud-OPS.	A_{4.1} Establecimiento del desempeño institucional frente a cada una de las funciones esenciales A_{4.2} Definición de las áreas de priorización y mejora

Fuente: Elaboración del investigador

3.3 Operacionalización de las variables

El proceso de Operacionalización se realizó como sigue

Tabla 3-2. Operacionalización de variables

VARIABLES		DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES		ESCENARIO DE ESTUDIO
No.	Descripción		No.	Descripción	
Fase I: Estudio de las realidades sanitarias y epidemiológicas en el ámbito penitenciario					
1	Características socio-demográficas	Conjunto de características que definen los rasgos o condiciones generales de los reclusos a nivel social y demográfico	1.1	Características demográficas	Estadísticas SISIPEC, SIVIGILA y RIPS
			1.2	Características socio-jurídicas	
2	Características epidemiológicas	Conjunto de característica referidas a la mortalidad, morbilidad y discapacidad que definen el estado de salud de una población	2.1	Morbilidad	
			2.2	Mortalidad	
			2.3	Discapacidad	
			2.4	Promoción y prevención de la salud	
Fase II: Diagnostico de los determinantes de la salud en el medio penitenciario					
3	Determinantes ambientales de la salud	Conjunto de factores relacionados con el estado de salubridad del ambiente que determinan	3.1	Características higiénico-sanitarias	ERON
			3.2	Características ambientales	

VARIABLES		DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES		ESCENARIO DE ESTUDIO
No.	Descripción		No.	Descripción	
		el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.			Institución
Fase III: Estudio del ciclo de gestión y de las políticas penitenciaria en la salud publica en el ámbito penitenciario					
4	Política en salud publica	Conjunto de intencionalidades y compromisos documentados del orden institucional que buscan alcanzar una serie de objetivos y metas en salud colectiva, mediante la instrumentación de una serie de líneas de acción, estrategias, planes, programas y acciones de intervención.	4.1	Enfoque de política	Base documental de la línea base penitenciaria en salud pública
			4.2	Líneas de acción	
Fase IV: Medición de la capacidad para el ejercicio de la salud publica					
5	Capacidad de ejercicio FESP	Conjunto de procesos, procedimientos y acciones específicas destinadas al manejo de la información sanitaria dentro del sistema nacional penitenciario	5.1	Monitoreo y evaluación del estado de salud	Institución/ Regional Central/ ERON
			5.2	Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública	
			5.3	promoción de salud	
			5.4	Participación de los ciudadanos en salud	
			5.5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	
			5.6	Fortalecimiento d la capacidad institucional de regulación en salud pública	
			5.7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud	
			5.8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	
			5.9	Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos	
			5.10	Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública	
			5.11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	

Fuente: Elaboración del investigador

3.4 Población y muestra

3.4.1 Definición de unidades estadísticas

En concordancia con los enfoques de abordaje de esta investigación, las unidades estadísticas se definieron así:

- ✓ Zonas de prisionalización de los Establecimientos de reclusión
- ✓ Funcionarios de los órdenes nacional, regional y local relacionados con la gestión de salud pública.
- ✓ Niveles de gestión institucional: operativo, táctico y estratégico.
- ✓ Niveles territoriales del sistema nacional penitenciario y carcelario: local, regional y nacional.

3.4.2 Definición de poblaciones

Las poblaciones objeto de estudio para esta investigación se refieren exclusivamente a que presentan una naturaleza concreta. Consecuentemente las poblaciones a estudiar se definen de la siguiente forma:

Tabla 3-3. Definición de poblaciones

ID de la población	Tipo de Unidad	Denominación	Descripción
P1	Concreta	Estructuras de prisionalización	Conjunto de zonas destinadas a la administración de la pena privativa de la libertad pertenecientes a los establecimientos de Reclusión.
P2	Concreta	Nivel territorial	Conjunto de áreas funcionales del orden nacional, regional y local que desarrollan procesos misionales relacionadas con la gestión de la salud pública y la prestación de los servicios de salud a la población reclusa.
P3	Concreta	Funcionarios por nivel de gestión	Se refiere al conjunto de personas que tiene diversas jerarquías de ejecución y decisión sanitaria a nivel operativo, táctico y estratégico, los cuales están localizados en las dependencias del INPEC a nivel del territorio nacional.

Fuente: Elaboración del investigador.

3.4.3 Definición de muestras

Teniendo en consideración las características de la investigación, se consideró como método de constitución de la muestra uno de corte no probabilístico, el cual siguió los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 3-4. Definición de muestras

ID	Denominación	ID de la muestra	Inclusión	Exclusión
P1	Estructuras de prisionalización	M1	- Ubicadas a nivel intramural del ERON representativo.	- Zonas extramurales - Zonas dónde no

ID	Denominación	ID de la muestra	Inclusión	Exclusión
			- Referidas a zonas de mínima, mediana y máxima seguridad	cohabite de forma permanente la población reclusa
P2	Nivel territorial	M2	- Ubicadas en la ciudad de Bogotá	- No se precisaron
P3	Funcionarios con funciones sanitarias por Nivel de gestión	M3	- Ubicados en las dependencias sanitarias seleccionadas y que ejerzan acciones de carácter estratégico, táctico y operativo	- Funcionarios que no gestionen acciones o procesos referidos a la gestión de la salud pública en el ámbito penitenciario

Fuente: Elaboración del investigador.

Teniendo en consideración los anteriores criterios, las muestras quedaron integradas como sigue:

Tabla 3-5. Conformación de las muestras

ID de la población	N	ID de la muestra	n	Composición Muestral
P1	40	M1	3 estructuras	- Las estructuras de reclusión 1, 2 y 3 del Complejo Metropolitano de Bogotá “La Picota”
P2	3	M3	3 Niveles territoriales (nacional, regional y local)	- El nivel nacional lo conformara la Dirección General del INPEC. - El nivel regional estará representada por la Dirección Regional Central - El nivel local por el Complejo Metropolitano de Bogotá “La Picota”
P3	30	M4	8 Funcionarios	- Del nivel nacional, se seleccionaron 3 funcionarios (uno de la oficina de planeación, el subdirector de atención en salud y dos profesionales gestores de salud pública) - Del nivel regional, se seleccionaron 2 funcionarios encargados de la gestión de la salud pública y seguimiento a la prestación de los servicios de salud en los ERON's - Del nivel local se seleccionaron dos funcionarios del COMEB Bogotá responsables de la coordinación y supervisión de las condiciones de salud de la población reclusa

Fuente: Elaboración del investigador.

3.5 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

3.5.1 Métodos

Como método de investigación se seleccionó el inductivo, toda vez que se parte de la observación y del conocimiento de las realidades institucionales, sanitarias y epidemiológicas del COMEB “La Picota”, la Dirección Regional Central y en el INPEC, con el propósito de inferir y dimensionar un diagnostico situacional asociado a la gestión y ejercicio de la salud publica dentro del Sistema Nacional Penitenciario.

3.5.2 Técnicas

Las técnicas empleadas durante el proceso investigativo fueron:

- Observación no participante, mediante visita a los niveles territoriales
- Encuesta-cuestionario: registro de informaciones de interés producto de las observaciones realizadas y de diligenciamiento de la matriz de medición de las FESP.

3.5.3 Instrumentos

Los Instrumentos dispuestos para la investigación fueron

Tabla 3-6. Relación de instrumentos

Descripción Instrumento I _y	Numero de ITEMS	Ubicación
I ₁ Formato de Inspección, Control y Vigilancia para cárceles	13 categorías de análisis y 144 aspectos higiénicos, sanitarios y ambientales	Anexo A
I ₂ Medición de la capacidad para el ejercicio de la salud pública	11 funciones esenciales y 47 indicadores	Anexo B

Fuente: Elaboración del investigador.

3.6 Procedimiento de tabulación y análisis

Teniendo en consideración la naturaleza de los datos recolectados durante la investigación, el procedimiento de tabulación y análisis fue el siguiente:

Tabla 3-7. Relación procedimiento de análisis-PTA

Descripción	Objeto	Mecanismo
PTA ₁ Recolección de los datos	Se capturan los datos de interés para el estudio de las variables de investigación	Instrumentos diseñados
PTA ₂ Codificación de datos	Se sistematizan y organización de los datos a nivel de archivos electrónicos	Matrices Ms-Excel o tablas Ms-Word
PTA ₃ Limpieza y verificación de datos	Se establecen datos faltantes o conceptos mal estructurados	Verificación observacional
PTA ₄ Análisis preliminar	Se establecen un análisis tendiente a identificar y eliminar errores de los datos	Contrastación frente a documentos de la gestión de la salud pública en prisiones
PTA ₅ Análisis cuantitativo	Cuantificación de la capacidad institucional para el ejercicio de la salud pública	Matriz de cuantificación y gráficos de resultados
PTA ₆ Análisis cualitativo preliminar	Comprensión de la situación sanitaria e informacional mediante la construcción categorías conceptuales y patrones relacionales	Matrices de afinidad y mapas mentales
PTA ₇ Análisis cualitativo integral	Concretar los hallazgos respecto al conjunto de debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas manifiestas sobre la gestión de la salud pública intramural	Matriz DOFA

Fuente: Elaboración del investigador.

3.7 Aspectos éticos

Teniendo en consideración lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 “*Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*” se fijaron las siguientes consideraciones éticas respecto al desarrollo del proyecto de investigación.

- **Criterios y Aspectos Éticos (Artículos 5 y 6)**

La Población Reclusa, el Personal Médico-Asistencial del prestador y los Agentes Penitenciarios involucrados dentro de la investigación, fueron informados de las intencionalidades, mecanismos y fines de la investigación, protegiendo en todo momento su identidad e información suministrada; de igual forma se respetó en el momento las decisiones para rehusar dar información.

- **Nivel de Riesgo (Artículos 10 y 11)**

Toda vez que la presente investigación tiene como premisa la medición del ejercicio de la salud pública, se determinó que esta investigación no presentaba riesgo, dado que solo emplearon técnicas y métodos de investigación documental, tales como acceso a documentos, aplicación de instrumentos y realización de algunas entrevistas

- **Consentimiento Informado (Artículo 14 y 15)**

Una vez recibido las autorizaciones de la Institución Penitenciaria y de la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC respecto al inicio del proyecto, al ajuste de los instrumentos de recolección de información y a la selección de individuos a encuestar, se procedió dentro del estudio de campo a la divulgación entre los interesados los objetos y fines de la investigación, con el fin de establecer su participación o no.

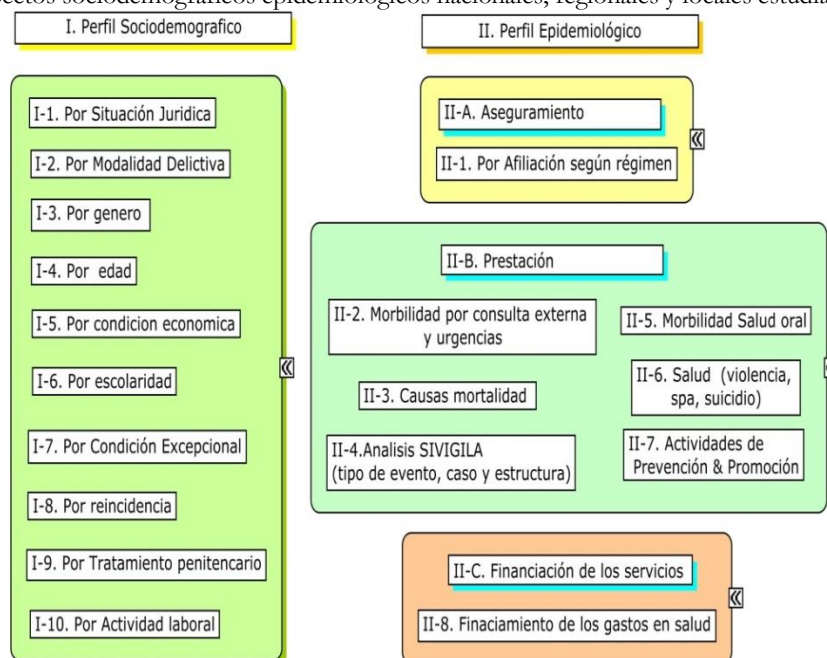
Capítulo 4. Resultados de la investigación

4.1 Procesos socio-demográficos y epidemiológicos en la población reclusa

Como parte del dimensionamiento de los procesos sociodemográficos y epidemiológicos que se presentan en los diferentes niveles de organización territorial del INPEC, se precisaron las realidades nacional, regional y local concernientes a las dinámicas poblacionales y sanitarias que se producen al interior de las prisiones colombianas.

Partiendo de esto, en la figura 4-1, se ilustra los aspectos que fueron tenidos en cuenta para lograr una aproximación a los perfiles sociodemográfico y epidemiológico que presenta la población reclusa en el país.

Figura 4-1. Aspectos sociodemográficos epidemiológicos nacionales, regionales y locales estudiados



Fuente: Elaboración del investigador

4.1.1 Perfil sociodemográfico nacional, regional y local

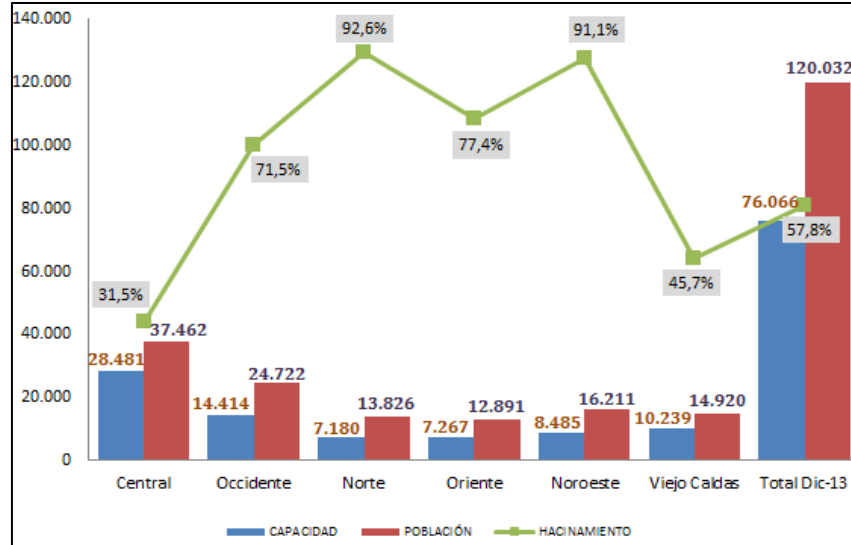
Para concretar los aspectos demográficos de carácter nacional y regional, se procedió a consolidar y analizar las estadísticas globales reportadas por el INPEC para sus 6 regionales. De otro lado y para dimensionar el ámbito local, se estudió las características de la población reclusa del Complejo Metropolitano de Bogotá-COMEB “La Picota”, dado que este Establecimiento concentra 8102 reclusos, los cuales representan el 6.7% del total de la población nacional.

4.1.1.1 Aspectos demográficos nacionales y regionales

En cuanto a la distribución de la población reclusa por regional, figura 4-2, se aprecia que la regional Central por tener en su jurisdicción 42 ERON's contabilizó 37.462 reclusos (31.21%), seguido por la Occidente con 24.722 (20.6%), la Norte con 13.826 (11.52%), la Oriente con 12.891 (10.74%), la Noroeste con 16.211 (13.51%) y la Viejo Caldas con 14.920 (12.43%).

Además se observa en la figura, que los mayores índices de hacinamiento se localizan en las regionales Norte con un 92.6% y en la Noroeste con un 91.1%. Mientras que en la regional Central tan solo llega al 31.5%. Obsérvese además, que las capacidades teóricas de reclusión por cada regional son insuficientes respecto a la cantidad real de población que está reclusa, lo que denota un sistema en crisis.

Figura 4-2. Capacidad de reclusión, población reclusa y % de hacinamiento por regional- dic 31 de 2013

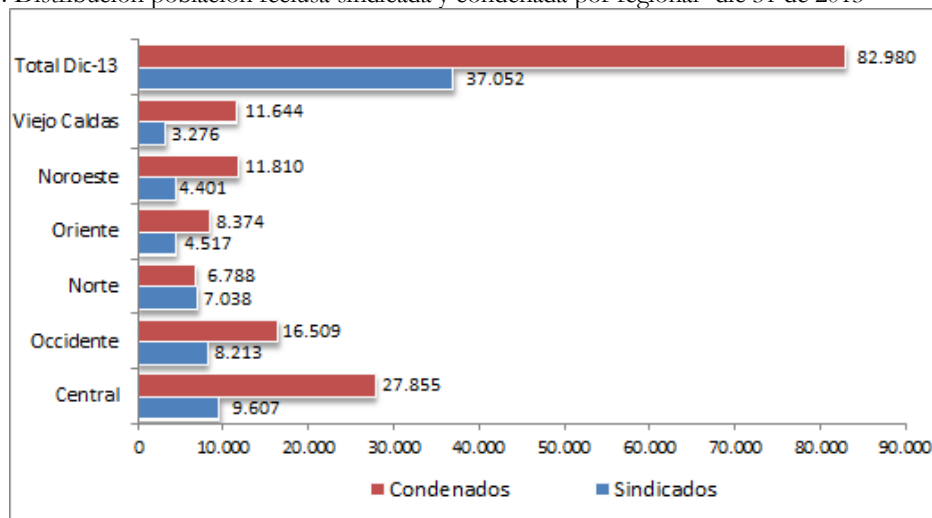


Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

Respecto a la distribución según el estatus del infractor, es decir ya sea como condenado o sindicado, figura 4-3, se puede apreciar que la mayor cantidad de población condenada se encuentran en la regional Central con 27.885 reclusos (33.57 %), seguida por la Occidente con 16.509 reclusos (19.9%), la Noroeste con 11.810 reclusos (14.23%), Viejo Caldas con 11.644 reclusos (14.01%), la Oriente con 8.374 reclusos (10.09%) y la Norte con 6.788 reclusos (8.18%) respectivamente.

De igual forma al analizar la distribución de la población sindicada, se identifica que la regional Central vuelve a liderar con 9.607 reclusos recluidos (25.93%), seguido por la Occidente con 8.213 reclusos (22.17%), la Norte con 7.038 reclusos (18.99%), la Oriente con 4.517 reclusos (12.19%), la Noroeste con 4.401 reclusos (11.88%) y la Viejo Caldas con 3.276 reclusos (8.84%).

Figura 4-3. Distribución población reclusa sindicada y condenada por regional- dic 31 de 2013



Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

En este rigor, la población reclusa se encuentra distribuida territorialmente en 6 Direcciones Regionales y en 138 ERON's. Que al ser extrapoladas frente a la organización política administrativa del país, se distribuyen como sigue:

- **Dirección regional central:** 42 ERON's pertenecientes a los departamentos de Amazonas, Boyacá, Caquetá, Cundinamarca, Huila, Meta, Tolima y Casanare.
- **Dirección regional occidente:** 24 ERON's pertenecientes a los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo
- **Dirección regional norte:** 16 ERON's pertenecientes a los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés Islas y Sucre
- **Dirección regional oriente:** 14 ERON's pertenecientes a los departamentos de Cesar, Santander, Arauca y Norte de Santander.
- **Dirección regional noroeste:** 21 ERON's pertenecientes a los departamentos de Antioquia y Choco.
- **Dirección regional viejo caldas:** 21 ERON's pertenecientes a los departamentos de Boyacá, Caldas, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca

En cuanto a la población bajo estado de reclusión en los 138 ERON's, se puede indicar que a diciembre de 2013 el total de población reclusa registrada en el país contabilizaba 120.032¹¹⁵

¹¹⁵ INPEC. Reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB y publicado en página institucional <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadisticas/Estad%EDsticas>

personas frente a un total de población nacional proyectado para el 2013 de 47.121.089 personas¹¹⁶, lo que da una tasa de reclusión de 255 reclusos por cada 100.000 habitantes.

Complementariamente al estimar las tasas departamentales de reclusión, tabla 4-1, se resalta que en proporción el Meta tiene la tasa más alta que llega a 614 reclusos por cada 100.000 habitantes, seguida por las tasas de Tolima, Caquetá, Boyacá y Caldas con 614, 513, 484, 426 y 410 reclusos por 100.000 habitantes respectivamente.

Tabla 4-1. Tasas de reclusión por departamento- calculo a dic 31 de 2013

No.	Departamento	Población proyect2013	No. ERON's	Población Reclusa Dic-2013	Tasa de reclusión * 100,000 habitantes
1	Antioquia	6.299.990	19	15.356	244
2	Atlántico	2.402.910	3	2.837	118
3	Bogotá, D.C.	7.674.366	3	15.303	199
4	Bolívar	2.049.109	2	2.771	135
5	Boyacá	1.272.855	11	5.419	426
6	Caldas	984.115	9	4.038	410
7	Caquetá	465.487	2	2.255	484
8	Cauca	1.354.733	8	4.383	324
9	Cesar	1.004.058	3	2.778	277
10	Córdoba	1.658.067	2	2.210	133
11	Cundinamarca	2.598.245	11	3.589	138
12	Chocó	490.317	2	855	174
13	Huila	1.126.316	4	3.228	287
14	La Guajira	902.367	1	446	49
15	Magdalena	1.235.532	3	1.545	125
16	Meta	924.871	4	5.681	614
17	Nariño	1.701.782	5	2.423	142
18	Norte de Santander	1.332.378	3	5.020	377
19	Quindío	558.969	3	1.981	354
20	Risaralda	941.275	3	2.296	244
21	Santander	2.040.932	9	7.269	356
22	Sucre	834.937	2	1.235	148
23	Tolima	1.400.140	10	7.178	513
24	Valle del Cauca	4.520.480	10	17.300	383
25	Arauca	256.527	1	391	152
26	Casanare	344.040	2	1.167	339
27	Putumayo	337.054	1	616	183
28	San Andrés	75.167	1	215	286
29	Amazonas	74.541	1	247	331
30	Guainía	40.203	0	0	0
31	Guaviare	107.934	0	0	0
32	Vaupés	42.817	0	0	0
33	Vichada	68.575	0	0	0
	Total Nacional	47.121.089	138	120.032	255

Fuente: cálculos realizados por el investigador de acuerdo a proyección población colombiana DANE y estadístico SISIEPEC web-INPEC para el 31 diciembre de 2013

Por su parte las menores tasas se localizan en La Guajira, Magdalena y Atlántico con registros de 49, 125 y 118 reclusos por 100.000 habitantes. De igual forma se destaca la tasa de

¹¹⁶ DANE. Reporte proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área, el cual fue extraído de página Web DANE, <https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>

reclusión para la ciudad de Bogotá que llega a 199, ubicándose por debajo de la tasa nacional que refiere 255 reclusos por cada 100.000 habitantes.

Respecto a la modalidad delictiva predominante en el medio colombiano, se aprecia en la tabla 4-2 que al 31 de diciembre de 2013 se registraron 177.134 delitos. De los cuales el 17,3% refiere a Hurto, el 16,6% a homicidio, el 14,6% a fabricación y porte de arma de fuego, el 14,3% con estupefacientes y el 6,8% refiere a concierto para delinquir.

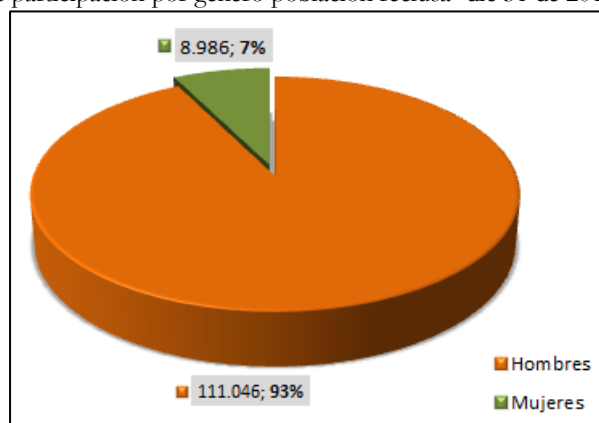
Tabla 4-2. Distribución de participación por modalidad delictiva- Dic 31 de 2013

Modalidad delictiva	Total	Participación %
Hurto	30.643	17,3%
Homicidio	29.433	16,6%
Fabricación tráfico y porte de armas de fuego o municiones	25.845	14,6%
Trafico, fabricación o porte de estupefacientes	25.258	14,3%
Otros delitos	21.732	12,3%
Concierto para delinquir	12.084	6,8%
Extorsión	5.554	3,1%
Actos sexuales con menor de catorce años	5.432	3,1%
Acceso carnal abusivo con menor de catorce años	4.111	2,3%
Fabricación tráfico y porte de armas y municiones de uso privativo de las fuerzas armadas	3.847	2,2%
Secuestro extorsivo	3.119	1,8%
Acceso carnal violento	2.903	1,6%
Secuestro simple	2.646	1,5%
Lesiones personales	2.364	1,3%
Fabricación, tráfico, porte o tenencia de armas de fuego	2.163	1,2%
Total general	177.134	100,0%

Fuente: tomado de reporte para modalidad delictiva Población de Internos en Establecimientos de Reclusión, generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB y disponible página web del INPEC

De acuerdo a la distribución por género, figura 4-4, la población masculina se contabiliza en 111.046 reclusos (93%) y la femenina que es menor, se registra en 8.986 reclusas (7%). Lo que reitera el enfoque androcéntrico del Sistema Penitenciario colombiano.

Figura 4-4. Distribución de participación por genero población reclusa- dic 31 de 2013

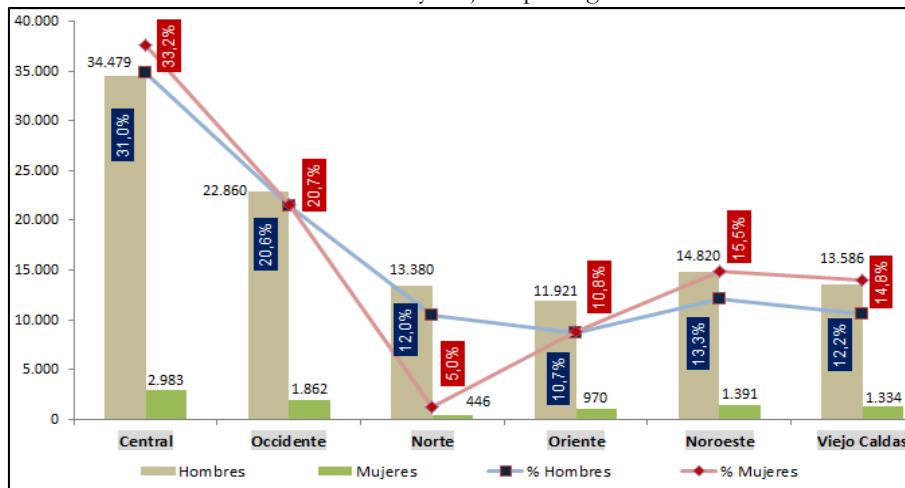


Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

Referido a la localización regionalizada de los reclusos y reclusas, figura 4-5, se observa que en las Regionales Central y Occidente se concentra mayoritariamente la población masculina y femenina. Frente a la distribución porcentual de la población masculina, la Regional Central

tiene recluso el 31% de la población total y la Occidente el 20.6%. En cuanto a las mujeres, la Central tiene el 33.2% y la Occidente 20.37% del total de mujeres reclusas.

Figura 4-5. Distribución de la reclusión de hombres y mujeres por regional- dic 31 de 2013

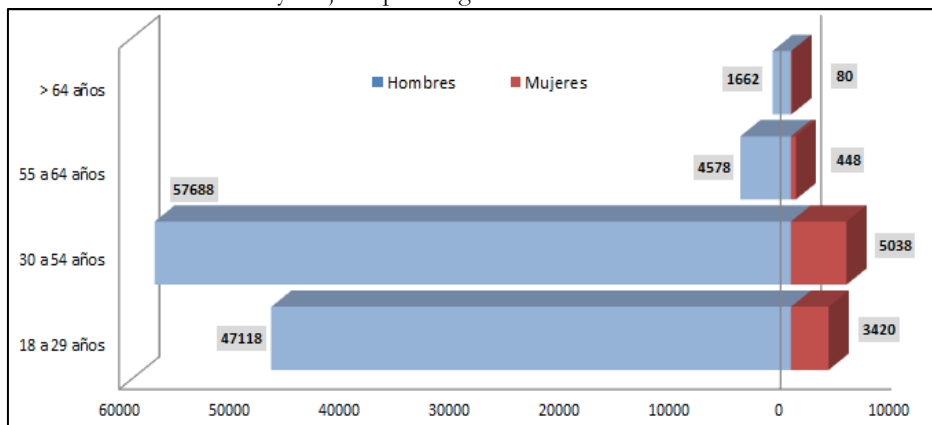


Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

Precisada la distribución general por edades, figura 4-6, la mayor cantidad de mujeres y hombres reclusos se ubican en el rango de los 30 a 54 años (52.34%), seguido por los ubicados en el rango de 18 a 29 años (42.1%).

En cuanto a la participación de la población masculina por rangos de edad, figura 4-6, se identifica que en las edades comprendidas entre los 30 a 54 años se contabilizan 57.688 reclusos (51.9%), en el rango de 18 a 29 años 47.118 reclusos (42.4%), en el rango de 55 a 64 años 4.578 reclusos (4.1%) y en los mayores a 65 años se registran 1.662 reclusos (1.5%).

Figura 4-6. Distribución de hombres y mujeres por rangos de edad- dic 31 de 2013

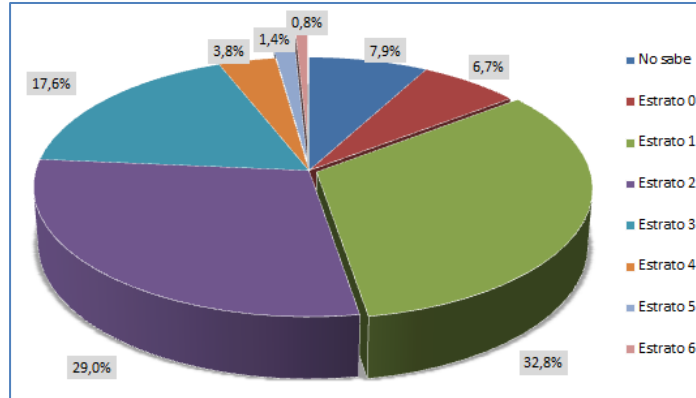


Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

Respecto a la población femenina, la mayor cantidad de mujeres se localiza en el rango de 30 a 54 años con 5.038 mujeres (56.1%), mientras que en el rango entre 18 a 29 años se ubican 3.420 mujeres (38.1%), en el rango entre 55 a 64 años 448 mujeres (5%) y en el rango de mayores de 64 años 88 mujeres (0.9%).

Al estudiar la distribución por estrato socioeconómico, figura 4-7, se refieren por históricos que en el año 2011¹¹⁷ el estrato predominante era el 1 con el 29% de la población, seguido del estrato 2 con el 29% y el 3 con el 17.6%.

Figura 4-7. Distribución de población reclusa por estrato socioeconómico- dic de 2011

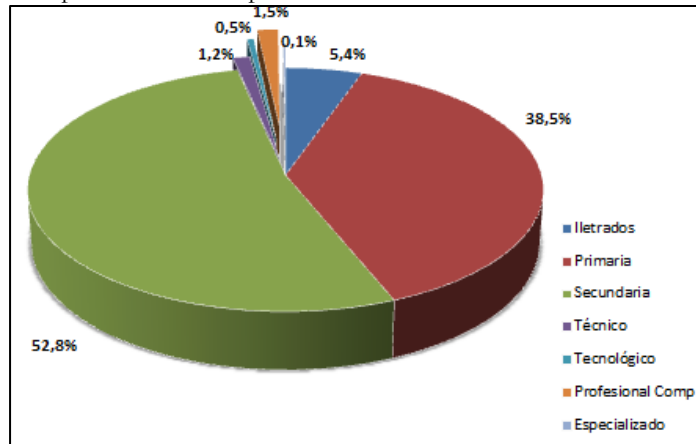


Fuente: Elaboración propia, a partir de datos registrados estudio de caracterización y Perfilación Criminológica Y Penitenciaria 2011.

En relación con el nivel de escolaridad, figura 4-8 y tabla 4-3, la población reclusa se ubica mayoritariamente en los niveles de primaria y secundaria, en básica primaria se contabilizan 45.172 reclusos (38.5%) y en secundaria 63.356 reclusos (52.8%). También se destaca la población que se define como iletrados que registra 6.456 reclusos (5.4%).

Respecto a la formación en educación superior, los profesionales graduados alcanzan un total de 1.838 reclusos (1.5%) siendo el grupo más representativo, seguido por los técnicos con 1.453 reclusos (1.2%), los tecnólogos con 584 reclusos (0.5%) y los profesionales especialistas con 173 reclusos (0.1%).

Figura 4-8. Distribución de población reclusa por nivel de escolaridad- dic 31 de 2013



Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

¹¹⁷ Barbosa Tamara Manuel Javier et al. Caracterización y perfilación criminológica y penitenciaria de la población condenada y privada de la libertad en los Establecimientos de Reclusión del INPEC. Publicación INPEC (documento electrónico). 2011.

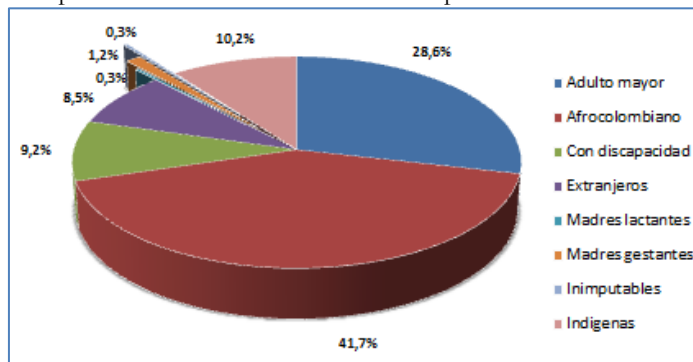
Tabla 4-3. Distribución de población reclusa por regional y nivel de escolaridad-2013

Nivel	Central	Occidente	Norte	Oriente	Noroeste	V. Caldas	Total	%
Iletrados	1.632	1.166	961	792	963	942	6.456	5,4%
Primaria	14.144	9.239	4.989	5.704	5.881	6.215	46.172	38,5%
Secundaria	20.015	13.669	7.433	6.002	8.853	7.384	63.356	52,8%
Técnico	596	245	163	150	168	131	1.453	1,2%
Tecnológico	214	88	49	64	105	64	584	0,5%
Profesional	758	298	226	148	229	179	1.838	1,5%
Especializado	103	17	16	10	11	16	173	0,1%
Total	37.462	24.722	13.837	12.870	16.210	14.931	120.032	100,0%

Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

Finalmente y en cuanto a la distribución de la población reclusa que presenta una condición excepcional o particular, figura 4-9 y tabla 4-4, se identifica que los grupos poblacionales mayoritarios son la población que se define como afrocolombiana con 4.100 reclusos (41.7%), los adultos mayores con 2.815 (28.6%), los indígenas con 1.003 reclusos (10.2%) y los que presentan alguna discapacidad con. 906 reclusos (9.2%).

Figura 4-9. Distribución de población reclusa con condición excepcional-dic 31 de 2013



Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

Tabla 4-4. Distribución de población reclusa con condición excepcional y regional-Dic 31 de 2013

Condición excepcional	Central	Occidente	Norte	Oriente	Noroeste	V. Caldas	Total	%
Adulto mayor	1.036	530	242	321	320	366	2.815	28,6%
Afrocolombiano	551	2.322	146	171	698	212	4.100	41,7%
Con discapacidad	253	164	65	140	165	119	906	9,2%
Extranjeros	359	142	117	133	46	36	833	8,5%
Madres lactantes	10	13	1	0	1	3	28	0,3%
Madres gestantes	55	18	9	9	12	18	121	1,2%
Inimputables	8	7	4	8	4	2	33	0,3%
Indígenas	210	482	110	19	65	117	1.003	10,2%
Total	2.482	3.678	694	801	1.311	873	9.839	100,0%

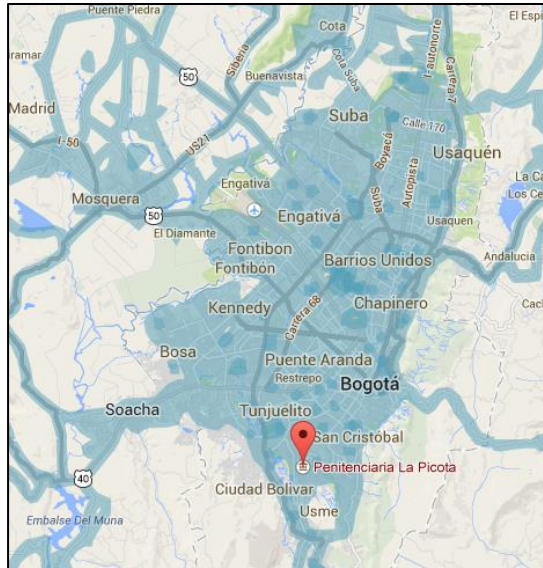
Fuente: Elaboración propia, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB

4.1.1.2 Aspectos demográficos locales

El Complejo Metropolitano de Bogotá-COMEB “La Picota” es un Establecimiento de Reclusión del Orden Nacional-ERON ubicado en el suroriente de la ciudad de Bogotá D.C. y adscrito territorialmente a la Dirección Regional Central. Este ERON está constituido por tres Estructuras de reclusión de mínima, mediana y alta seguridad.

En la figura 4-10, se observa que está localizado en la periferia de la ciudad, asentados cerca de barrios residenciales y con alta aglomeración poblacional.

Figura 4-10. Localización del COMEB “La Picota” sobre mapa de Bogotá D.C.



Fuente: Elaboración por medio de Google Map

De igual forma, se destaca que dada la localización geográfica del ERON, el establecimiento se ve influenciado por el entramado social y problemáticas ambientales ligadas a los asentamientos perimetrales. Además la zona de influencia esta aquejada de barrios y familias en situación de pobreza, exclusión social y con altos índices de inseguridad

En las figuras 4-11 y 4-12, se puede apreciar la infraestructura penitenciaria con que cuenta el ERON, en la imagen superior se aprecia la Estructura más nueva que fue construida bajo el segundo mandato del presidente Álvaro Uribe, mientras en la imagen inferior se destaca las Estructuras 1 y 2 que datan de los años 40.

Figura 4-11. Panorámica nueva estructura COMEB Bogotá “La Picota”



Fuente: tomado de artículo “Hallan en La Picota antena para evadir el bloqueo a señal celular”. Publicado en Vanguardia.com - Galvis Ramírez y Cía. S.A. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/185409-hallan-en-la-picota-antena-para-evadir-el-bloqueo-a-senal-celular>

Figura 4-12. Panorámica antiguas estructuras COMEB Bogotá “La Picota”

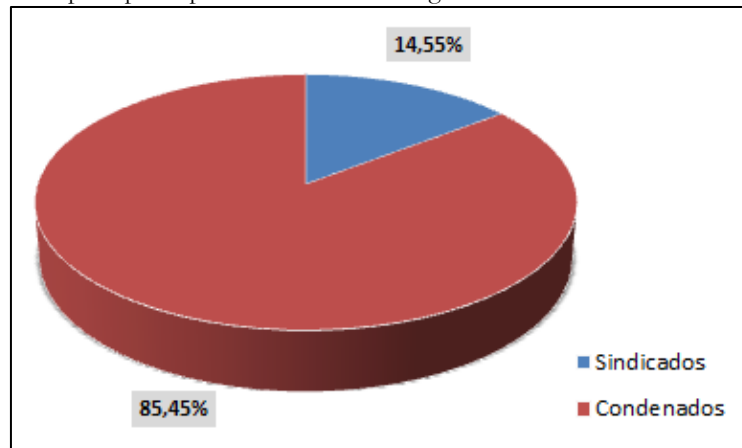


Fuente: tomado de blog dedicado al análisis y entrevistas sobre aspectos ambientales, disponible en: <http://problematicadecarceles.blogspot.com/2012/11/entrevistas.html>

Ya en lo referido a las realidades demográficas, Este ERON tiene vocación hacia la población condenada, aunque también se precisa la reclusión de un grupo significativo de sindicados.

Frente a esto, figura 4-13, se contabilizó entre condenados y sindicados un total de 8.102¹¹⁸ personas reclusas, sin embargo la capacidad del penal es para 4.931 personas, lo que localiza el nivel de hacinamiento en un 64.3%. Respecto a la cantidad de población reclusa, 1.179 son sindicados (14.55%) y 6.923 son condenados (85.45%).

Figura 4-13. Distribución por tipo de población COMEB Bogotá-31 de diciembre de 2013

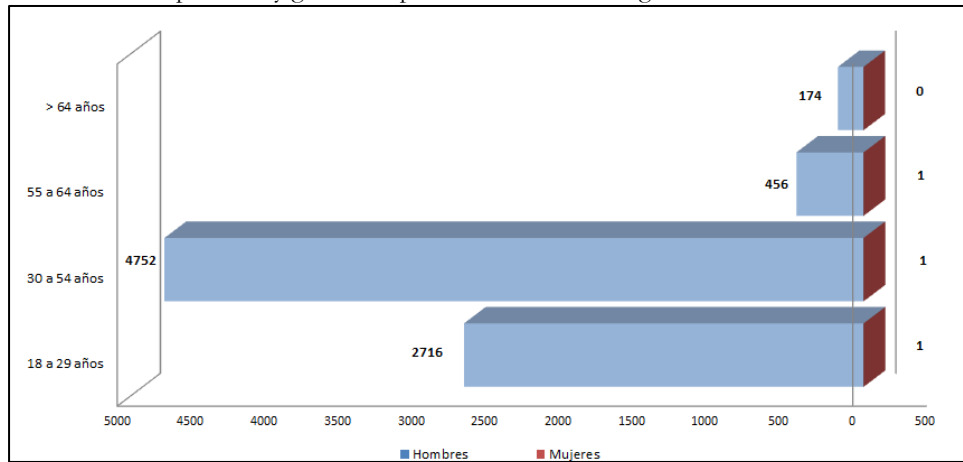


Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre de 2013 por el SISIPPEC-WEB

¹¹⁸ Cifra contabilizada a 31 de diciembre de 2013, reportada en las estadísticas SISIPPEC-WEB, disponible en: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadisticas/Estad%EDsticas>

En cuanto a la edad de la población reclusa, figura 4-14, el 33.5% está en el rango comprendido entre los 18 y 29 años, el 58.7% entre los 30 a 54 años, el 5.6% entre los 55 a 64 años y 2.1% es mayor a 64 años. Además se destaca que según las estadísticas se localizan 3 mujeres, que posiblemente refieren la identificación con el género femenino producto de una apropiación psicológica aunque su sexo biológico sea masculino.

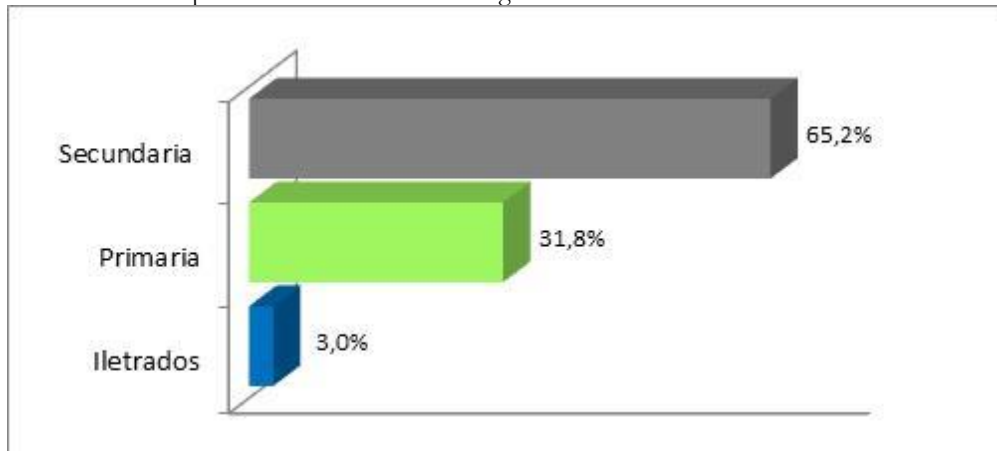
Figura 4-14. Distribución por edad y género de población COMEB Bogotá-31 de diciembre de 2013



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 31 de diciembre de 2013 por el SISIEPEC-WEB

En lo referido a los niveles de escolaridad, figura 4-15, el 65.2% cursa el nivel secundario, el 31.8% realiza la básica primaria y el 3% no presenta ninguna formación de base

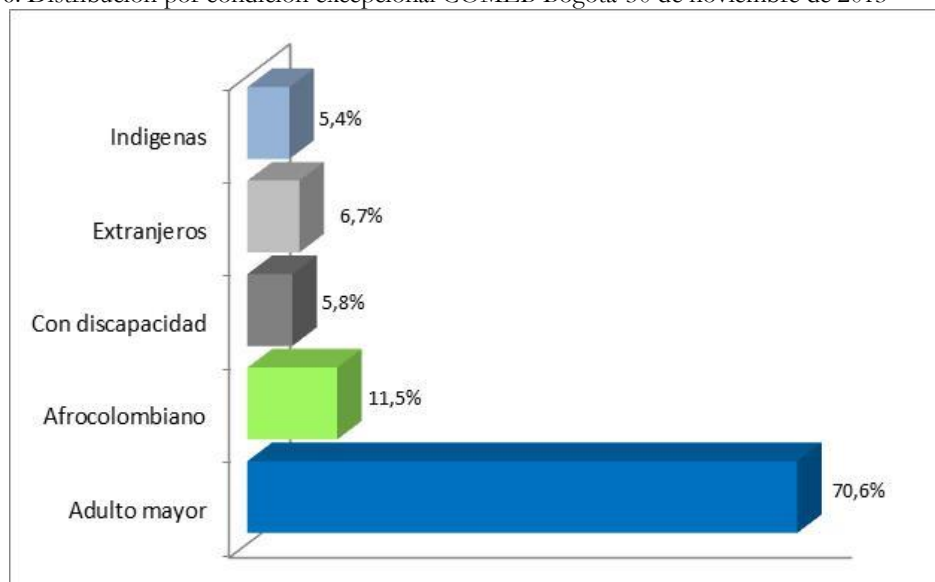
Figura 4-15. Distribución por nivel escolar COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 30 de noviembre de 2013 por el SISIEPEC-WEB

De otro lado y al analizar las condiciones excepcionales, figura 4-16, el 70.6% del total de población que manifiesta tener alguna condición especial fue declarado como adulto mayor, el 11.5% como afrocolombiano, el 5.8% como discapacitado, el 6.7% como extranjero y el 5.4% como indígena.

Figura 4-16. Distribución por condición excepcional COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 30 de noviembre de 2013 por el SISIPPEC-WEB

En cuanto a la distribución de las modalidades delictivas más frecuentes realizadas por los reclusos del COMEB¹¹⁹, tabla 4-5, el 28.31% se encuentra recluso por delitos contra el patrimonio económico (hurto, extorsión y estafa), el 19.61% por delitos contra la seguridad pública (terrorismo, tráfico de armas), el 17.76% por delitos contra la vida y la integridad personal (homicidios y lesiones personales) y el 11.01% contra delitos contra la salud pública (venta y tráfico de estupefacientes).

Tabla 4-5. Distribución de delitos cometidos reclusos COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013

Por agrupación de delitos	Sindicado	% Sind	Condenado	% Cond	Frecuencia	% Delit
Contra el patrimonio económico	205	11,54%	3199	31,22%	3404	28,31%
Contra la seguridad pública	569	32,04%	1789	17,46%	2358	19,61%
Contra la vida y la integridad personal	220	12,39%	1915	18,69%	2135	17,76%
Contra la salud pública	259	14,58%	1065	10,39%	1324	11,01%
Contra la libertad integridad y formación sexuales	27	1,52%	852	8,32%	879	7,31%
Contra la libertad individual y otras garantías	152	8,56%	476	4,65%	628	5,22%
Contra la fe pública	46	2,59%	288	2,81%	334	2,78%
Contra la administración pública	87	4,90%	169	1,65%	256	2,13%
Contra la eficaz y recta impartición de justicia	26	1,46%	134	1,31%	160	1,33%
Contra el régimen constitucional y legal	50	2,82%	97	0,95%	147	1,22%
Contra la familia	2	0,11%	133	1,30%	135	1,12%
Contra el orden económico social	44	2,48%	55	0,54%	99	0,82%

¹¹⁹ Estadísticas reportadas para el 30 de noviembre de 2013 por el sistema SISIPPEC-WEB

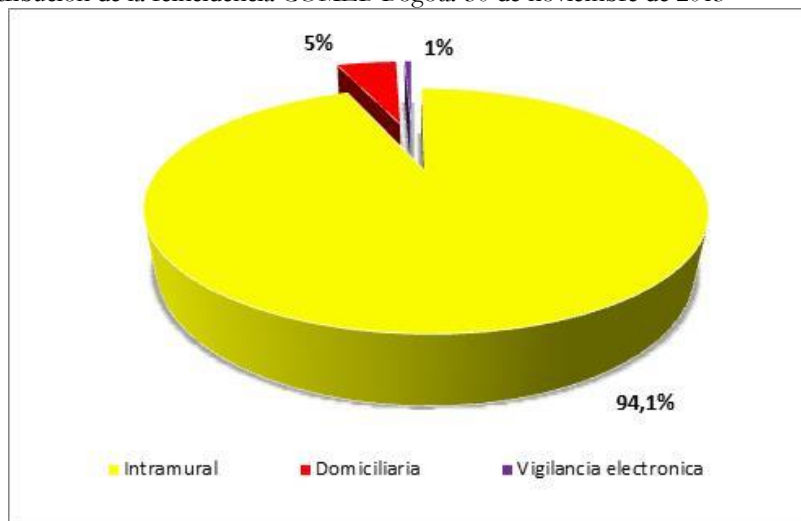
Por agrupación de delitos	Sindicado	% Sind	Condenado	% Cond	Frecuencia	% Delit
Contra personas y bienes protegidos por el derecho internacional humanitario	71	4,00%	24	0,23%	95	0,79%
De la protección de la información y de los datos	13	0,73%	17	0,17%	30	0,25%
Contra el servicio	5	0,28%	16	0,16%	21	0,17%
Contra los derechos de autor	0	0,00%	9	0,09%	9	0,07%
Legislación indígena	0	0,00%	3	0,03%	3	0,02%
Contra los recursos naturales y el medio ambiente	0	0,00%	2	0,02%	2	0,02%
Contra la integridad moral	0	0,00%	1	0,01%	1	0,01%
Contra mecanismos de participación democrática	0	0,00%	1	0,01%	1	0,01%
paramilitarismo y sicariato	0	0,00%	1	0,01%	1	0,01%
Total	1776	100,0%	10246	100,0%	12022	100,0%

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 30 de noviembre de 2013 por el SISIEPEC-WEB

Respecto a la reincidencia, figura 4-14, es decir la población reclusa que presenta condenas anteriores, se resalta que el 94.1% está reclusa intra-muralmente, el 5% de la población se localizó en detención domiciliaria y el 1% bajo vigilancia electrónica.

Es de resaltar que esta reincidencia se da, ya sea por problemas en cuanto a carencias frente su proceso de tratamiento, una inadecua reintegración social una vez recobrada su libertad o sencillamente por su vocación delictiva.

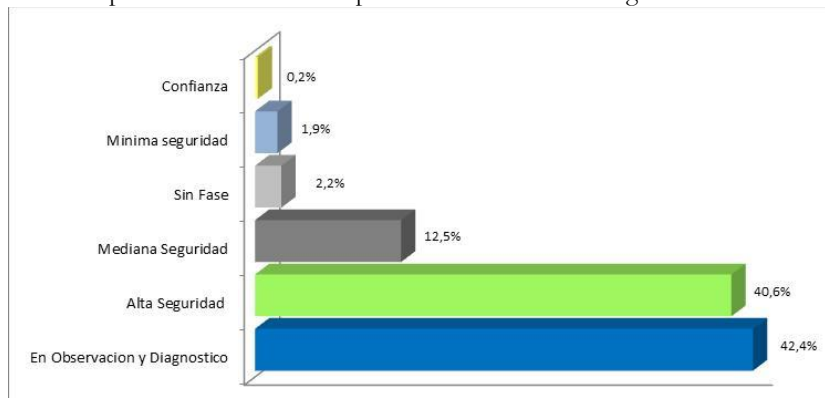
Figura 4-17. Distribución de la reincidencia COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 30 de noviembre de 2013 por el SISIEPEC-WEB

Referido a la distribución por fase de tratamiento penitenciario, figura 4-18, se identifica que el 42.4% de la población se ubica en la fase inicial de observación y diagnóstico con miras a ser asignada a una actividad de tratamiento, por su parte el 40.6% está definida en la fase de alta seguridad y el 12.5% en la de mediana. Tan solo un 2.2% no presenta asignación a fase.

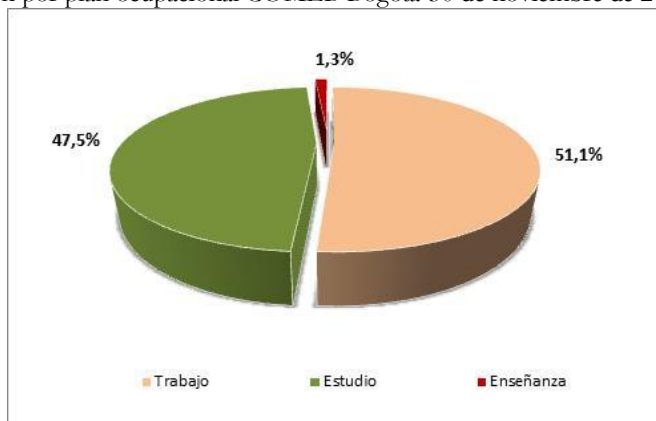
Figura 4-18. Distribución por fase de tratamiento penitenciario COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 30 de noviembre de 2013 por el SISIPPEC-WEB

Finalmente y frente al plan ocupacional, figura 4-19, se resalta que los reclusos vinculados a las actividades de tratamiento penitenciario, principalmente desarrollaba actividades laborales con un 51.1 %, el 47.5 % estudiaba y tan solo el 1.3% desarrollaba actividades de enseñanza.

Figura 4-19. Distribución por plan ocupacional COMEB Bogotá-30 de noviembre de 2013



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de reporte generado para el 30 de noviembre de 2013 por el SISIPPEC-WEB.

4.1.2 Perfil epidemiológico nacional, regional y local

Para la construcción de este apartado se tuvo en cuenta las siguientes informaciones y estadísticas:

- Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013 emitido por el Ministerio de Salud, sobre información 2011 y 2012¹²⁰

¹²⁰ Ministerio de salud y Protección social. Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013.

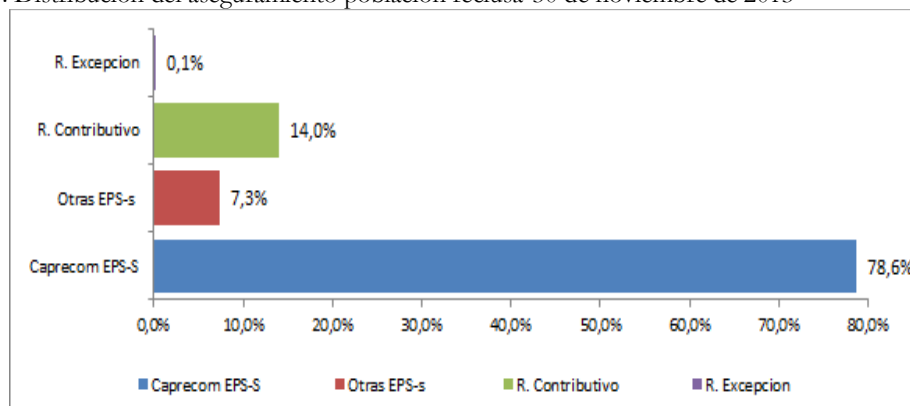
- Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada¹²¹
- Diagnóstico de la conducta suicida en los Establecimientos de Reclusión para 2013 emitido por la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC¹²²
- Estadísticas financieras emitidas por el grupo de presupuesto de la oficina de planeación del INPEC sobre el comportamiento del rubro de implementación del sistema integral de salud en el sistema penitenciario.
- Estadísticas de aseguramiento para noviembre de 2013 emitidas por la Subdirección de Atención en Salud del INPEC
- Perfil epidemiológico Centros de Reclusión ubicados en Bogotá D.C. por secretaria Distrital de Salud¹²³.

4.1.2.1 Aspectos epidemiológicos y sanitarios del nivel nacional

a) Aseguramiento

De acuerdo a la información suministrada sobre la afiliación de la población reclusa, figura 4-20, el 78.6% se encuentra afiliada a CAPRECOM-EPS, un 14% tiene afiliación al régimen contributivo, el 7.3% a otras EPS-S del régimen subsidiado y el 0.1% a regímenes de excepción (entre ellos el de las Fuerzas Militares o la Policía Nacional).

Figura 4-20. Distribución del aseguramiento población reclusa-30 de noviembre de 2013



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadísticas de aseguramiento emitidas por la Subdirección de Atención en Salud del INPEC para el 30 de noviembre de 2013.

De acuerdo con el Decreto 2496 de 2012, la responsabilidad de tramitar la afiliación queda a cargo de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-USPEC, aunque el INPEC seguirá informándole a la UNPEC acerca de los traslados para que esta asegure la prestación de servicios.

¹²¹ CAPRECOM-EPS. Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012. (Documento electrónico). 2012 (consultado enero 20 de 2014).

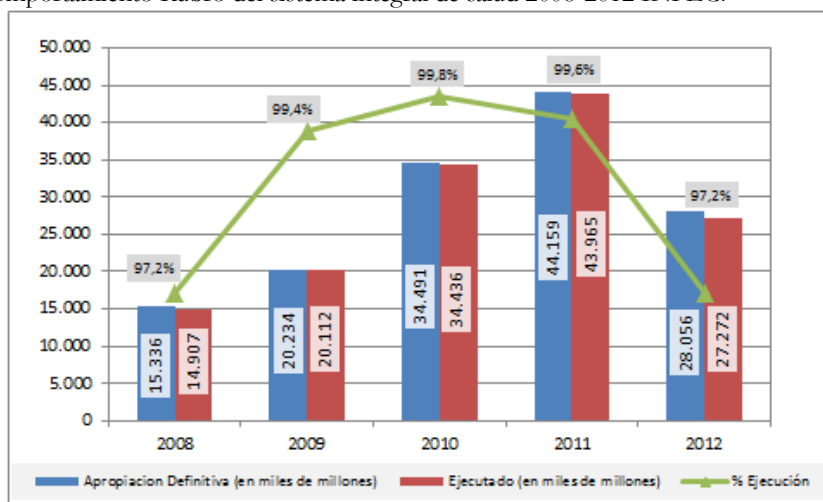
¹²² INPEC. Diagnóstico de la conducta suicida en los Establecimientos de Reclusión para 2013. (Documento electrónico). 2014 (consultado 30 de mayo de 2014).

¹²³ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Perfil epidemiológico Centros de Reclusión ubicados en Bogotá D.C. (Documento electrónico). 2012 (consultado el 30 de noviembre de 2013)

b) Financiación

Al analizar las estadísticas de financiamiento de los servicios de salud y el aseguramiento, figura 4-21, se precisa que en el periodo 2008 a 2011 el rubro denominado *“Implementación del sistema integral de salud en el sistema penitenciario”* alcanzó a triplicarse, pero debido a la creación de la Unidades de Servicios Penitenciarios y Carcelarios y dado la trasferencia de recursos a esta nueva Entidad, en la vigencia 2012, se disminuyó cerca de un 38%. Frente a la destinación del rubro, históricamente la entidad ha gastado estos recursos en la póliza de salud para la prestación de servicios de salud intramural y extramurales y la cobertura de eventos de alto costo, actividades de salud pública y recursos humano-intramural.

Figura 4-21. Comportamiento Rubro del sistema integral de salud 2008-2012 INPEC.



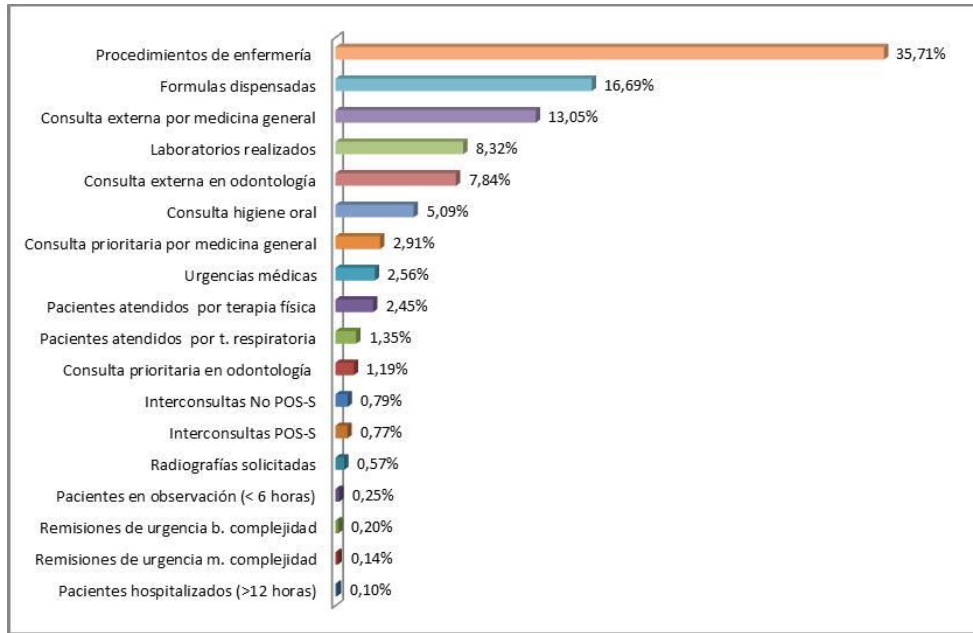
Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadísticas del rubro de implementación del sistema integral de salud en el sistema penitenciario-Oficina Planeación INPEC

De acuerdo a informaciones establecidas por el INPEC, para la vigencia 2012 la apropiación inicial fue de 48.767.420.195 millones de pesos, sin embargo con la creación de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-USPEC se le transfirieron 20.711.000.000 millones, disminuyendo el presupuesto inicialmente asignado. Es de resaltar que desde la expedición del decreto 2496 de 2012 la USPEC tiene a cargo este rubro, lo que impacto directamente la acción sanitaria del INPEC dada la ausencia de recursos para las actividades de salud pública. De igual forma, con la expedición de la ley 1709 de 2014 se crea el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, quien se encargará de contratar la prestación de los servicios de salud de todas las personas privadas de la libertad de acuerdo al modelo de atención que previamente ha diseñado la USPEC y el Ministerio de salud.

c) Prestación

A corte de 31 de diciembre de 2012 CAPRECOM-EPS configuró el perfil epidemiológico nacional para la población reclusa a su cargo, en este respecto, se puede identificar en la figura 4-22 que del total de 1.468.170 procedimientos y/o actividades asistenciales prestadas, las más realizadas fueron los procedimientos de enfermería con el 35,71%, la dispensación de medicamentos con el 16,69%, la consulta externa por medicina general con el 13,05%, los exámenes clínicos con el 8,32% y la consulta externa de odontología con el 7,84%

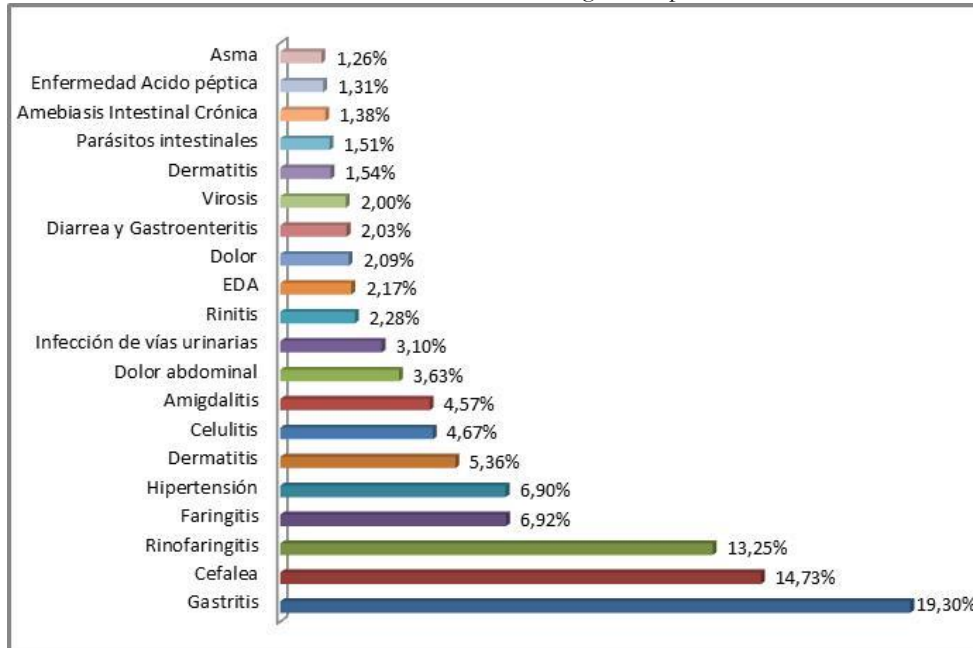
Figura 4-22. Distribución de los procedimientos y actividades asistenciales realizadas por CAPRECOM a dic 2012



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadística del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

En cuanto al comportamiento de las causas de consulta por medicina general, figura 4-23, se contabilizaron un total de 88.425 eventos, de los cuales el 19.30% fue por gastritis, el 14.73% por cefalea, el 13.25% con rinofaringitis, el 6.92% por faringitis y 6.9% por hipertensión.

Figura 4-23. Distribución de causas consulta medicina externa registrada por CAPRECOM a Dic 2012

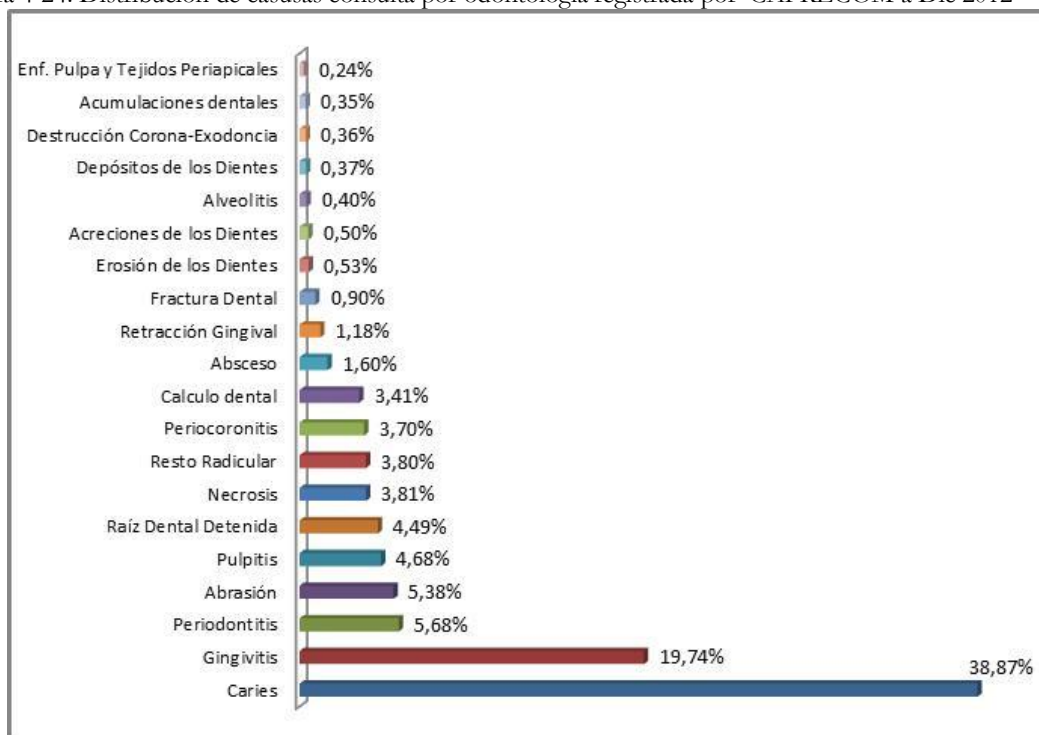


Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadística del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

Respecto a la morbilidad por salud oral figura 4-24, se destaca que durante el 2012 se presentaron 90.679 eventos, de los cuales el 38.87% se refiere a caries, el 19.74% a gingivitis, el 5.68% a periodontitis, el 5.38% a abrasión dental y el 4.68 por pulpitis.

En menor medida se presentaron consultas por Alveolitis con un 0.4%, depósito de dientes con un 0.37%, destrucción de corona-exodoncia 0.36%, acumulaciones dentales con un 0.35% y enfermedades de la pulpa con un 0.24%

Figura 4-24. Distribución de casusas consulta por odontología registrada por CAPRECOM a Dic 2012



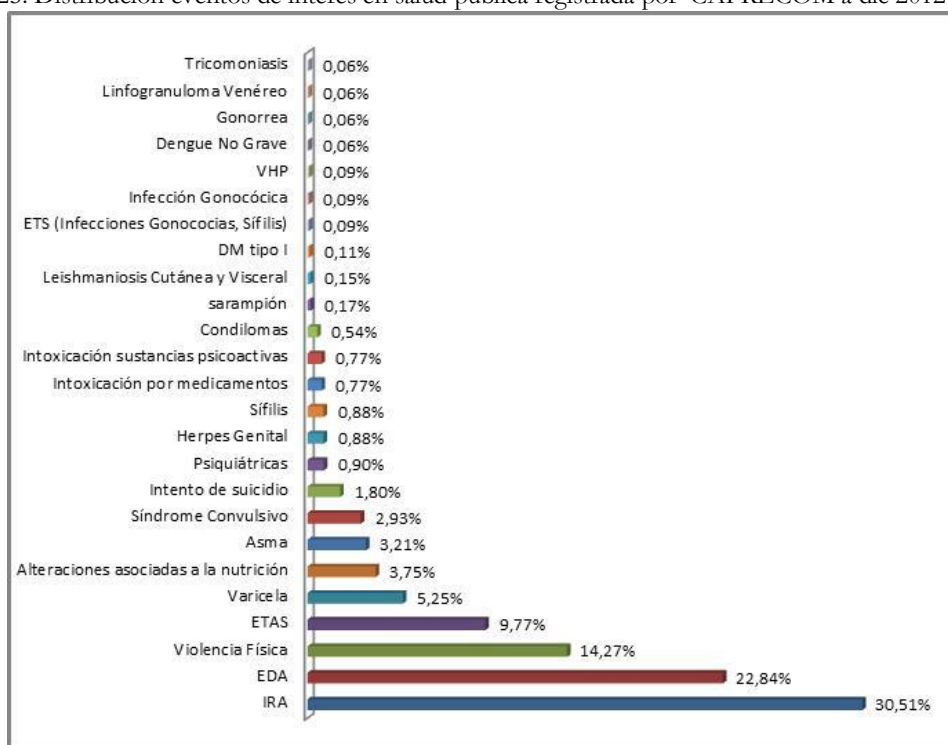
Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadísticas del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

En lo concerniente a los eventos de interés en salud pública, figura 4-25, se presentaron un total de 4.668 eventos, siendo los más frecuentes las Infecciones respiratorias agudas con un 30.51%, la enfermedad diarreica aguda con un 22.84%, la violencia física con un 14.27%, las enfermedades transmitidas por alimentos con un 9.77% y las alteraciones asociadas a la desnutrición con un 3.75%.

También se destaca los eventos con frecuencia medias tales como eventos asma con un 3.21%, síndrome convulsivo con un 2.93% e intento de suicidio con un 1.8%

Los eventos menos frecuentes se encuentran el Dengue no Grave, la Gonorrea, el Linfogranuloma Venéreo y la Tricomonirosis con un 0.06%; mientras que las ITS, la Infección Gonocócica y el VHP se localizó en un 0.09%.

Figura 4-25. Distribución eventos de interés en salud pública registrada por CAPRECOM a dic 2012



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadísticas del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

Al analizar la prevalencia de los anteriores eventos calculada por cada 1000 reclusos durante el año 2012, tabla 4-6, se observó lo siguiente:

Tabla 4-6. Prevalencia por cada 100 reclusos, información de casos registrada por CAPRECOM a Dic 2012

Evento en SP	Casos	Prevalencia (x 1000 reclusos)
IRA	1.424	12,35
EDA	1.066	9,25
Violencia Física	666	5,78
ETAS	456	3,96
Varicela	245	2,13
Alteraciones asociadas a la nutrición	175	1,52
Asma	150	1,30
Síndrome Convulsivo	137	1,19
Intento de suicidio	84	0,73
Psiquiátricas	42	0,36
Herpes Genital	41	0,36
Sífilis	41	0,36
Intoxicación por medicamentos	36	0,31
Intoxicación sustancias psicoactivas	36	0,31
Condilomas	25	0,22
sarampión	8	0,07
Leishmaniosis Cutánea y Visceral	7	0,06
DM tipo I	5	0,04
ETS (Infecciones Gonococias, Sífilis)	4	0,03
Infección Gonocócica	4	0,03
VHP	4	0,03
Dengue No Grave	3	0,03
Gonorrea	3	0,03

Evento en SP	Casos	Prevalencia (x 1000 reclusos)
Linfogranuloma Venéreo	3	0,03
Tricomoniiasis	3	0,03
Población reclusa a 31 de enero de 2013*		115.264

*calculada a partir de pirámide poblacional CAPRECOM

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadística del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

Frente a al desarrollo de algunas actividades de Fomento y Educación en Salud, tabla 4-7, se identifica que las que mayor realización fueron la entrega de preservativos con un 30.42%, las actividades de desparasitación con un 20.41%, las charlas de salud oral con un 11.94%, la educación en tuberculosis con un 7.69%, las actividades de hipertensión y diabetes con un 6.32% y las charlas enfocadas a la prevención de enfermedades de transmisión sexual con un 5.93%

Tabla 4-7. Realización de actividades de fomento y educación sobre población general, registrada por CAPRECOM a dic 2012

Actividades de Fomento y educación	Frecuencia	%
Entrega de preservativos	97.467	30,42%
No pacientes desparasitados	65.386	20,41%
Charla Salud oral	47.875	14,94%
No. Pacientes educados en TB	24.639	7,69%
Actividades Hipertensión y Diabetes	20.258	6,32%
Enfermedades de Transmisión sexual	19.003	5,93%
No. educados en VIH	15.746	4,91%
Planificación Familiar	13.876	4,33%
Educación hábitos saludables	4.926	1,54%
Alteración del adulto	3.739	1,17%
Malaria, Dengue, lepra y Otras	2.663	0,83%
No. educados en planif. familiar	2.614	0,82%
Capacitación en SPA	565	0,18%
Lepra	564	0,18%
Desparasitación	377	0,12%
No. educados en actividad física	375	0,12%
Dengue	121	0,04%
Actividad física	90	0,03%
No. educados en varicela y sarampión	78	0,02%
Educación malaria y dengue	50	0,02%
Tabaquismo	26	0,01%
Total actividades de fomento y educación		320.438

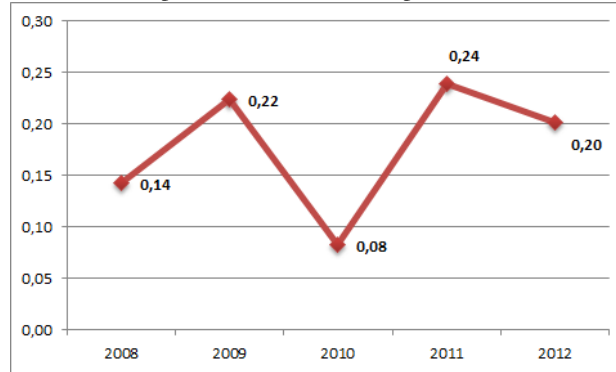
*calculada a partir de pirámide poblacional CAPRECOM

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadística del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

En cuanto a la salud mental, los eventos de suicidio han tenido una evaluación fluctuante a lo largo de los últimos años, en la figura 4-26 se aprecia que la tasas de suicidio por cada 1000 reclusos ha tenido picos altos en los años 2009 donde se registró una tasa de 0.22 y en el año 2011 con un registro de 0.24 suicidios por cada 1000 reclusos.

Ya en el 2012 descendió a 0.2; de igual forma se destaca que entre las causas identificables para que se de esta situación, está la prevalencia de otros eventos de origen psicosocial que incitan en el interno ideas suicidas, actos suicidas y el parasuicidio.

Figura 4-26. Evolución Tasas de suicidio por cada 1000 reclusos periodo 2008-2012 casos registrados INPEC



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadística del diagnóstico de la conducta suicida en los Establecimientos de Reclusión para 2013, emitido por la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC.

Frente al número de casos, tabla 4-8, se ilustra que los años con mayor número de casos se produjeron en los años 2009 con 17, 2011 con 24 y 2012 con 23 suicidios respectivamente. Los factores causales detectados que influyen esta situación pueden referirse a la carga mental que produce el proceso de prisionalización, los padecimientos de enfermedades físicas y mentales, los problemas familiares, entre otros.

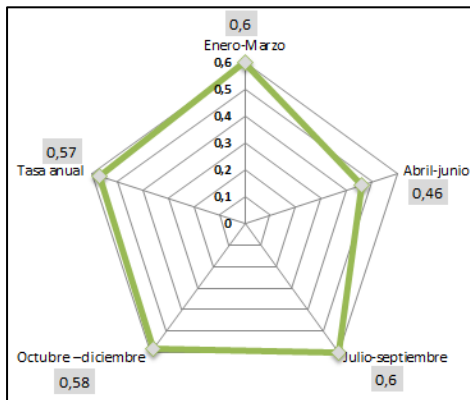
Tabla 4-8. Registro de casos de suicidio en el periodo 2008-2012 casos registrados INPEC

Vigencia	Población reclusa	No. suicidios	Tasa de suicidio (* 1000 reclusos)
2008	69.979	10	0,14
2009	75.992	17	0,22
2010	84.444	7	0,08
2011	100.415	24	0,24
2012	113.884	23	0,20

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadística del diagnóstico de la conducta suicida en los Establecimientos de Reclusión para 2013, emitido por la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC.

Frente a la mortalidad, figura 4-27, se indica que durante el año 2012 se registraron 65 defunciones, lo que arroja una tasa anual cercana a 0.56 fallecidos por cada 1000 reclusos. Frente al comportamiento de la mortalidad por cada uno de los 4 trimestres del 2012, la figura XX presenta el respectivo comportamiento.

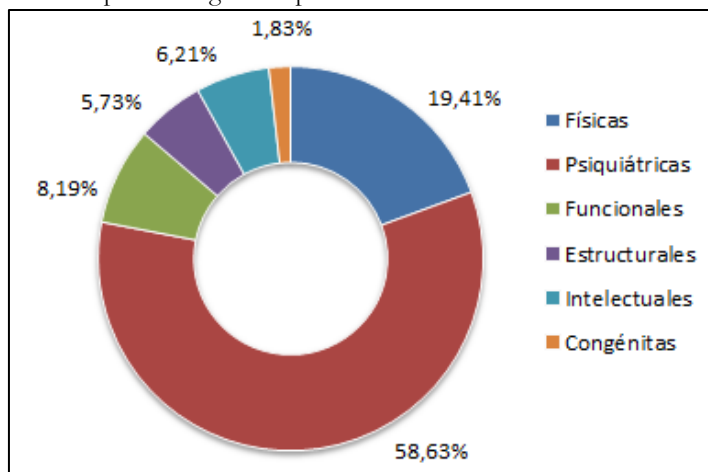
Figura 4-27. Comportamiento tasa de mortalidad por cada 1000 reclusos, sobre registro defunciones CAPRECOM 2012.



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadística mensual de defunciones del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

Finalmente y en cuanto a la discapacidad, figura 4-28, se identifica que del total de 1.257 discapacidades registradas en el periodo, el 58.63% fueron psiquiátricas, el 19.41% físicas, el 8.19% funcionales, el 6.21% intelectuales, el 5.73% estructurales y el 1.83% congénitas (es de resaltar que el total de reclusos sobre el cuales se estructuran las discapacidades fue contabilizado en 1.119)

Figura 4-28. Distribución discapacidad registrada por CAPRECOM a dic 2012



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de las estadísticas del Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada

4.1.2.2 Aspectos epidemiológicos regionales y locales

Para visualizar las realidades epidemiológicas desde la órbita regional y local, se empleó por un lado, el Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad emitido por el Ministerio de Salud para el año 2013. Este análisis según lo expresado, se construyó con la información arrojada por las bases de datos SISPRO, RIPS, RUA, BDUA, SIVIGILA, SISBEN Y CAC. Aunque se identificaron algunas disparidades frente a la información consignada por el prestador y la Institución Penitenciaria.

Adicionalmente, se señala que debido a la ausencia de registros sanitarios y epidemiológicos en el Complejo Metropolitano de Bogotá-COMEB “La Picota”, se acudió para completar este ejercicio a los resultados levantados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá durante sus visitas de inspección, control y vigilancia llevadas a cabo durante el primer semestre de 2012.

a) Aseguramiento

Frente al comportamiento del aseguramiento, tabla 4-9, se identifica que en el COMEB la distribución del régimen subsidiado se localiza en el 81.63%, en el nivel regional alcanza el 89%. En cuanto a la afiliación al régimen contributivo, la afiliación en el COMEB llega al 18.31%, en la regional Central es del 1.12% y el registro nacional se sitúa en un 14%.

Complementariamente, se observa que los regímenes de excepción no tienen una participación significativa dentro del proceso de aseguramiento en salud.

Tabla 4-9. Distribución del aseguramiento por régimen ASIS 2012

Ente territorial	% Subsidiado	% contributivo	% Excepción	Total
COMEB Bogotá	81,63%	18,31%	0,05%	100%
Regional Central	88,81%	11,12%	0,07%	100%
Nacional*	85,90%	14,00%	0,10%	100%

*Se toma en consideración la proporción por régimen calculado según estadísticas de aseguramiento emitidas por la Subdirección de Atención en Salud del INPEC para el 30 de noviembre de 2013

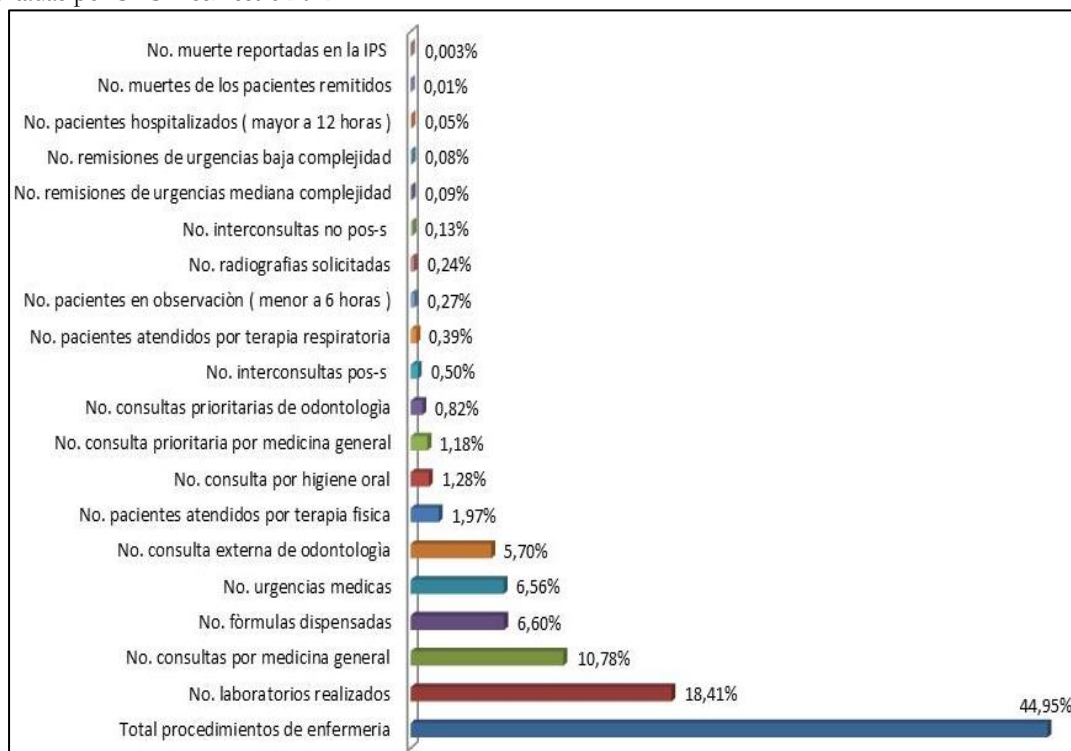
Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013 emitido por el Ministerio de Salud y estadísticas de aseguramiento emitidas por la Subdirección de Atención en Salud del INPEC para el 30 de noviembre de 2013.

b) Prestación

A nivel de la prestación, figura 4-29, se destaca que los 6 procedimientos y/o actividades asistenciales más realizadas durante el 1 semestre de 2012, refieren a procedimientos de enfermería con un 44.95%, a la realización de exámenes de laboratorio con un 18.41%, a las consultas por medicina general con un 10.78%, dispensación de medicamentos con un 6.6%, la atención por urgencias con un 6.56% y consulta odontológica con un 5.70%.

Los de menor realización fueron la hospitalización con un 0.05%, las remisiones de baja complejidad con un 0.08% y la de media complejidad con un 0.09%

Figura 4-29. Distribución de los procedimientos y actividades asistenciales del COMEB por CAPRECOM y reportadas por SDS. I semestre 2012

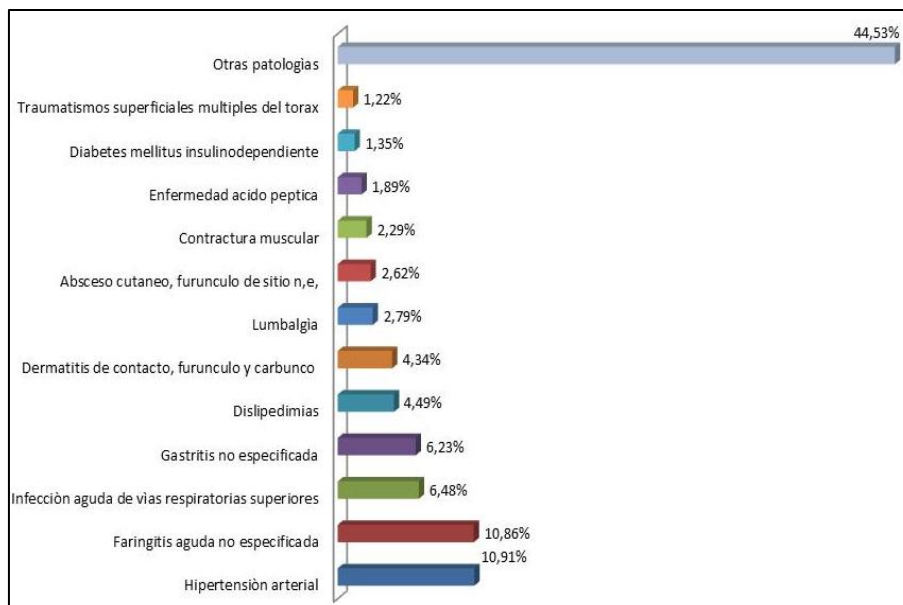


Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Perfil epidemiológico Centros de Reclusión ubicados en Bogotá D.C. por secretaria Distrital de Salud.

Respecto a las diez causas de morbilidad, figura 4-30, se puede identificar que las causas más significativas de consulta fueron la Hipertensión Arterial con un 10.91%, la Faringitis Aguda

con un 10.86%, las Infecciones Agudas de las vías superiores con un 6.48%, la Gastritis con un 6.23%, las Dislipidemias con un 4.49% y la Dermatitis de contacto con un 4.34%. Aunque también se resalta la participación que tiene la categoría de otras patologías, que agregadas alcanza el 44.53%

Figura 4-30. Distribución de las causas más frecuentes de consulta del COMEB por CAPRECOM y reportadas por SDS. I semestre 2012



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Perfil epidemiológico Centros de Reclusión ubicados en Bogotá D.C. por secretaria Distrital de Salud.

En cuanto al comportamiento de la prevalencia para los citados eventos, tabla 4-10, se calculó su comportamiento de la siguiente forma:

Tabla 4-10. Prevalencia por cada 100 reclusos de eventos de morbilidad más frecuente, información de casos del COMEB registrada por CAPRECOM y reportadas por SDS. I semestre 2012

No.	NOMBRE DE ACTIVIDAD	f	% Prevalencia
1	Hipertensión arterial	438	5,8%
2	Faringitis aguda no especificada	436	5,8%
3	Infección aguda de vías respiratorias superiores	260	3,4%
4	Gastritis no especificada	250	3,3%
5	Dislipidemias	180	2,4%
6	Dermatitis de contacto, furúnculo y carbunco	174	2,3%
7	Lumbalgia	112	1,5%
8	Absceso cutáneo, furúnculo de sitio n.e	105	1,4%
9	Contractura muscular	92	1,2%
10	Enfermedad ácido péptica	76	1,0%
11	Diabetes mellitus insulino dependiente	54	0,7%
12	Traumatismos superficiales múltiples del tórax	49	0,6%
No. Reclusos a I semestre de 2012		7549	

*Dato registrado a partir del actas de inspección vigilancia y control en salud pública cárceles, Hospital San Cristóbal, primer semestre 2012

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Perfil epidemiológico Centros de Reclusión ubicados en Bogotá D.C. por secretaria Distrital de Salud.

Frente a la distribución de los grandes grupos de causas de enfermedad, Tabla 4-11, se puede observar que tanto en el conjunto de país como en la Regional Central y en el COMEB Bogotá, las principales causas refieren a eventos relacionados con enfermedades no trasmisibles, siendo proporción de 62.9%, 64% y 63.9% respectivamente. Otro hecho de interés es la participación de las lesiones, siendo del 20.8% para el conjunto país, del 20.9% para la Regional Central y del 24.6% para el COMEB.

Por su parte en lo que respecta a las causas atribuibles a enfermedades transmisibles e infecciosas, se destaca que su participación oscila alrededor del 14.3% para el conjunto país, del 14.1% para la regional y para el COMEB se sitúa en un 11.5%, frente a este aspecto, se resalta que la prevalencia de VIH-SIDA y Tuberculosis pulmonar son los eventos que más reciben atención en el medio penitenciario.

Tabla 4-11. Distribución grandes grupos de causas según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012

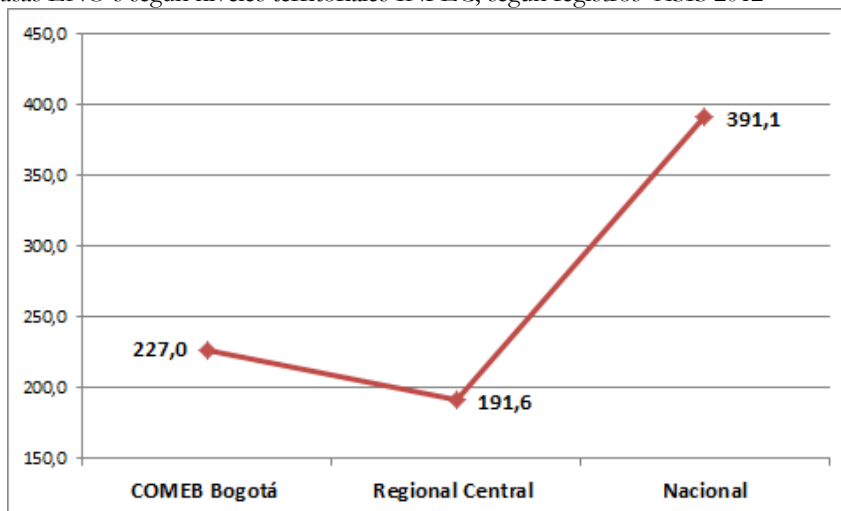
Ente territorial	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Enfermedades transmisibles y condiciones nutricionales	Condiciones materno perinatales	Total
COMEB Bogotá	63,9 %	24,6%	11,5%	0	100%
Regional Central*	64,0%	20,9%	14,1%	1,1 %	100%
Nacional	62,9%	20,8%	14,3%	2 %	100%

*Para su cálculo se excluye los resultados del COMEB

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013 emitido por el Ministerio de Salud

En lo relativo al comportamiento de la tasa de enfermedades de notificación obligatoria-ENO's, figura 4-31, se aprecia que la tasa media regional registra un nivel 191.6 eventos notificados por cada 100.000 reclusos, la tasa media nacional llega a 391.1 eventos o casos por cada 100.000 reclusos; por su parte la tasa lograda para el COMEB se localiza en un nivel de 227 eventos por cada 100.000 reclusos.

Figura 4-31. Tasas ENO's según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012

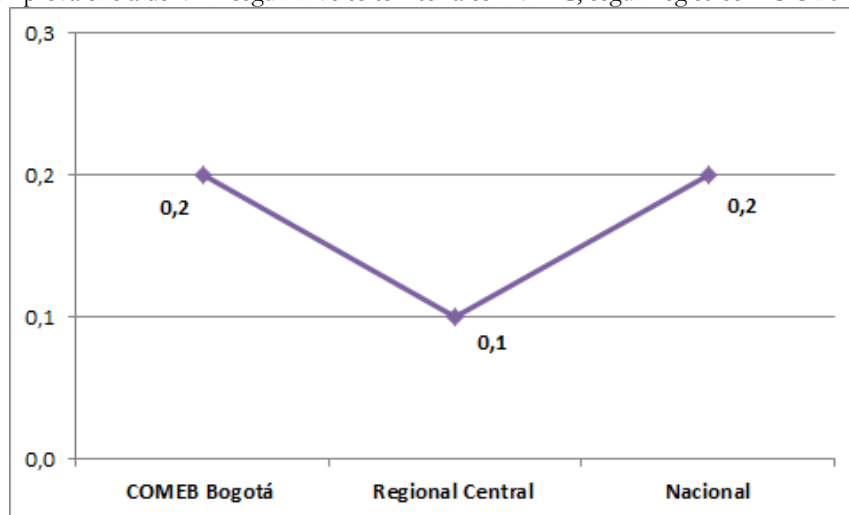


*Para el cálculo de la tasa regional se excluye los resultados del COMEB

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013 emitido por el Ministerio de Salud

En cuanto a la prevalencia de VIH, figura 4-32, se resalta que la prevalencia regional es de 0.2, siendo menor que la establecida para el conjunto nacional y el COMEB que llegan al 0.1

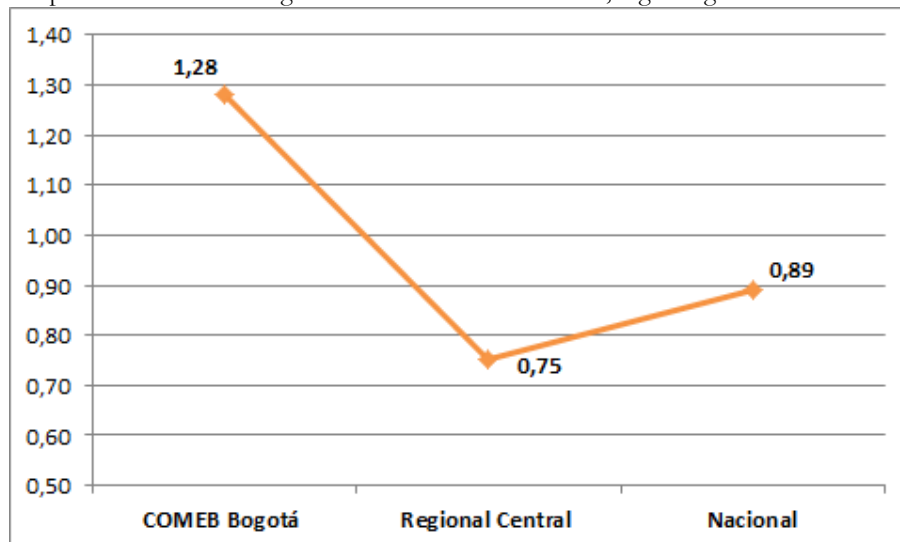
Figura 4-32. % prevalencia de VIH según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013 emitido por el Ministerio de Salud

Respecto al padecimiento de enfermedad renal crónica, figura 4-33, se estableció que el COMEB registro una prevalencia de 1.28, registro muy superior frente a la media regional que fue de 0.75 y la media nacional que se situó en 0.89

Figura 4-33. % prevalencia de ERC según niveles territoriales INPEC, según registros ASIS 2012



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013 emitido por el Ministerio de Salud

4.2 Caracterización del entorno físico de reclusión

Para realizar este apartado se empleó como base la información registrada en la lista de verificación denominada “*Actas de inspección Vigilancia y Control Higiénico y Sanitaria a cárceles y Centros de rehabilitación de menores*”¹²⁴, que la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá-SDS levantó durante la visita realizada el 30 de octubre de 2013 a las Estructuras de reclusión 1,2 y 3 del Complejo Metropolitano de Bogotá-COMEB “La picota”.

En cuanto al enfoque de las categorías contenidas en la lista de verificación, tabla 4-12, se pudo establecer que las 13 condiciones objeto de evaluación son de corte orden higiénico, sanitario y ambiental, lo que permite lograr una aproximación a los principales factores-determinantes de la salud relacionados con el entorno físico de reclusión.

Tabla 4-12 Categorías higiénico, sanitario y ambientales a evaluar en COMEB Bogotá- SDS 2013

No.	Categoría a Evaluar	Enfoque de verificación
1	AAP- Abastecimiento Agua Potable	Condiciones de acceso, suministro calidad y almacenamiento de agua potable
2	AR- Áreas de Recreación	Existencia y estructura locativa de las áreas de recreación intramural
3	ARA- Áreas de Reparto de Alimentos	Condiciones de infraestructura física para el reparto de alimentos, así como condiciones de saneamiento, condiciones de manejo y practicas higiénicas
4	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	Condiciones locativas ambientales, higiénicas y de infraestructura bajo los cuales los reclusos duermen o conviven.
5	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	Condiciones locativas, higiénicas, ambientales y manejo de la producción de productos de panificación
6	CT- Condiciones de Trabajo	Condiciones de seguridad e higiene bajo las cuales los reclusos realizan sus actividades laborales
7	CV- Control de Vectores	Condiciones de control de vectores y plagas, incluye programa de control integral de vectores hasta fumigación y desratización
8	IF- Instalaciones Físicas	Condiciones locativas, ambientales y de infraestructura del establecimiento.
9	IS- Instalaciones Sanitarias	Condiciones de construcción y manutención de baterías sanitarias y baños
10	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	Condiciones bajo las cuales se gestiona la prevención de emergencia, además de los medios físicos para atender contingencias, tales como botiquín extintores.
11	RL- Residuos Líquidos	Condiciones de recogida y disposición de aguas residuales dentro del establecimiento, así mismo como condiciones de la red de alcantarillado
12	RS- Residuos Sólidos	Condiciones bajo las cuales se realiza la gestión de los residuos sólidos, desde la recogida y confinamiento interno
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	Condiciones referentes al registro de eventos de interés en salud pública, además del registro y la toma de muestra.

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de los aspectos objeto de evaluación presentes en las Actas de inspección Vigilancia y Control Higiénico y Sanitaria a cárceles y Centros de rehabilitación de menores para el COMEB el día 30 de octubre de 2013 por parte de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

De otro lado y referido al proceso de evaluación, se resalta que la inspección fue realizada por los técnicos de la SDS mediante recorrido al establecimiento de reclusión, a la par de esto ellos iban valorando cada uno de los aspectos de verificación bajo los criterios de cumple, no cumple, no aplica y no observado (para detallar los aspectos evaluados consultar Anexo A, pág. 159).

¹²⁴ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá-Hospital San Cristóbal. Actas de inspección Vigilancia y Control Higiénico y Sanitaria a cárceles y Centros de rehabilitación de menores para cárcel la picota de 30 de octubre de 2013.

Derivado de esto, en las tablas 4-13, 4-14, 4-15 se presentan los resultados obtenidos del análisis realizado sobre el conjunto de aspectos valorados, además se indica que para cada tabla de valoración se agrega el respectivo marco explicativo sobre los aspectos catalogados como no cumple, dado que estos determinarían un foco de riesgo sanitario o un elemento que puede afectar la salubridad del entorno intramural.

4.2.1 Evaluación y hallazgos de la Estructura 1

La Estructura No. 1 refiere a la vieja estructura con que el ERON comenzó a operar. Internamente la Estructura está compuesta por secciones o patios destinados a la reclusión, además cuenta con zonas destinadas a talleres, rancho, sanidad, entre otras.

Producto del proceso de verificación para la estructura 1, tabla 4-13, se detectaron 40 deficiencias, de las cuales 14 se relacionan con las áreas de reparto de alimentos, 13 refieren a condiciones habitacionales de patios-celdas, 5 conciernen a la gestión de residuos sólidos y 2 a residuos líquidos.

Tabla 4-13. Resultado de evaluación higiénica, sanitaria y ambiental de la Estructura No.1 COMEB-Bogotá según Actas de inspección Vigilancia y Control SDS 2013

N	Categoría a evaluar	Aspectos a evaluar	Resultado de evaluación			
			Cumple	No cumple	No aplica	No Observado
1	AAP- Abastecimiento Agua Potable	5	4	1	0	0
2	AR- Áreas de Recreación	3	3	0	0	0
3	ARA- Áreas de Reparto de Alimentos	27	12	14	0	1
4	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	14	0	13	0	1
5	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	44	0	0	44	0
6	CT- Condiciones de Trabajo	10	2	2	6	0
7	CV- Control de Vectores	5	4	1	0	0
8	IF- Instalaciones Físicas	10	7	1	0	2
9	IS- Instalaciones Sanitarias	5	5	0	0	0
10	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	5	4	1	0	0
11	RL- Residuos Líquidos	3	1	2	0	0
12	RS- Residuos Sólidos	9	4	5	0	0
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	4	0	0	4	0
Total		144	46	40	54	4

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en las Actas de inspección Vigilancia y Control Higiénico y Sanitaria a cárceles y Centros de rehabilitación de menores para el COMEB el día 30 de octubre de 2013 por parte de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

En general la descripción de las 40 deficiencias identificadas se da como sigue:

AAP- Abastecimiento Agua Potable

- Presión insuficiente que afecta el suministro y consumo constante.

ARA- Áreas de Reparto de Alimentos

- Pisos deteriorados y roturas

- Ausencia de rejillas en drenaje
- Mesones en mal estado de manutención
- Baldosín en paredes mal estado,
- Presencia de olores ofensivos
- Aposamiento de agua
- Redes eléctricas y conexiones en mal estado o expuestas
- Cubiertas en deficiente estado o en material antihigiénico
- La limpieza de platos, vasos y cubiertos se hace en la zona de lavado de ropa
- Hay presencia de palomas
- No se presenta condiciones de saneamiento básico

CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas

- Techos, paredes y pisos en mal estado y de difícil limpieza
- Luz natural y artificial insuficiente
- Redes eléctricas e instalaciones expuestas
- Hacinamiento
- Deficiente limpieza en general
- Ventilación inadecuada
- Presencia de humedad
- Insuficiente cantidad de canecas y recipientes recolección de basuras
- Deterioro de baterías sanitarias
- Presencia de ropa y colchones obstruyendo ventilación

CT- Condiciones de Trabajo

- Ausencia de señales de seguridad
- Presencia de instalaciones eléctricas desprotegidas

CV- Control de Vectores

- Presencia de palomas

IF- Instalaciones Físicas

- Vías de acceso y corredores en mal estado
- Rampas y pisos deteriorados

PED- Prevención de Emergencias y Desastres

- No hay señalización de salidas de emergencia debido a medidas de seguridad internas.

RL- Residuos Líquidos

- Vertido de aguas servidas a patios y pasillos

RS- Residuos Sólidos

- Presencia de canecas deterioradas y sin tapa
- No se realizan procedimientos periódicos de limpieza y desinfección en el almacenamiento de residuos.
- Insuficiente número de canecas
- Faltan adecuaciones a zona de almacenamiento temporal residuos solidos
- No se evidencia la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios

4.2.2 Evaluación y hallazgos de la Estructura 2

La Estructura de reclusión No.2 se compone por la agrupación de las siguientes secciones: Mínima, ERE¹²⁵ SUR, ERE 1, ERE2, ERE3, ERE4 Y ERE 5

El resultado del proceso de verificación para la estructura 2, tabla 4-14, arrojó 37 deficiencias, de las cuales 14 se relacionan con las condiciones higiénicas y de trabajo de la panadería, en 11 con aspectos referidos a condiciones habitacionales de patios-celdas y en 6 con aspectos relacionados con las condiciones de trabajo.

Tabla 4-14. Resultado de evaluación higiénica, sanitaria y ambiental de la Estructura No.2 COMEB-Bogotá según Actas de inspección Vigilancia y Control SDS 2013

N	Categoría a evaluar	Aspectos a evaluar	Resultado de evaluación			
			Cumple	No cumple	No aplica	No Observado
1	AAP- Abastecimiento Agua Potable	5	4	1	0	0
2	AR- Áreas de Recreación	3	2	1	0	0
3	ARA- Áreas de Reparto de Alimentos	27	0	0	27	0
4	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	14	2	11	0	1
5	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	44	30	14	0	0
6	CT- Condiciones de Trabajo	10	0	6	4	0
7	CV- Control de Vectores	5	4	0	1	0
8	IF- Instalaciones físicas	10	7	1	0	2
9	IS- Instalaciones Sanitarias	5	5	0	0	0
10	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	5	4	1	0	0
11	RL- Residuos Líquidos	3	3	0	0	0
12	RS- Residuos Sólidos	9	5	2	0	2
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	4	1	0	0	3
Total		144	67	37	32	8

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en las Actas de inspección Vigilancia y Control Higiénico y Sanitaria a cárceles y Centros de rehabilitación de menores para el COMEB el día 30 de octubre de 2013 por parte de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

La descripción general de las 37 deficiencias identificadas se da como sigue:

AAP- Abastecimiento Agua Potable

- Presión de agua insuficiente
- La capacidad de almacenamiento de los tanques no se encuentra establecida

AR- Áreas de Recreación

- Falta de mantenimiento de la zona de gimnasio ERE 1, ERE2 y ERE3

CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas

- Techos, paredes y pisos en mal estado en Mínima y ERE 3,
- Instalaciones locativas de difícil limpieza
- Presencia de humedad en celdas

¹²⁵ ERE, significa Establecimiento de Reclusión Especial.

- Ventilación e iluminación inadecuada, en Mínima y ERE4
- Instalaciones y redes eléctricas expuestas en todas las zonas
- Hacinamiento en ERE1 y ERE2
- Vía de acceso a en mal estado

CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería

- La Puerta en zona de proceso no es a prueba de roedores- insectos
- Hay acceso directo desde exterior al área de proceso
- La Pintura levantada en paredes
- Zona de proceso techo con acumulación de grasa
- Las baldosas en zona de proceso rotas
- Pisos sucios en zonas de proceso
- El cableado en caja de sistema no protegido
- Incompleto plan de saneamiento
- No registran manejo de residuos líquidos dentro de la panadería
- Se evidencia moscas en zonas de proceso
- Algunas paredes no son de fácil limpieza
- Techo en zonas de proceso y hornos presentan grasa
- La temperatura y ventilación de la zona de proceso es inadecuada
- La Estufa, el horno y otros equipos presentan oxido
- En el horno para pan existe mugre y polvo, no se garantiza la limpieza

CT- Condiciones de Trabajo

- No existen señales de seguridad
- No hay disponibilidad de elementos de protección personal
- No se realiza actividades de barrido, limpieza y desinfección de áreas
- No se evidencia mantenimiento de maquinas
- No se separan los residuos solidos
- Cableado eléctrico y redes de suministro expuestas.

IF- Instalaciones físicas

- Vías de acceso y algunos corredores en mal estado

RS- Residuos Sólidos

- Almacenamiento temporal de residuos sólidos con deficientes condiciones locativas, en especial techo roto y cerramiento dañado
- Canecas para la recolección de residuos sólidos insuficientes y desprovistas de bolsas

4.2.3 Evaluación y hallazgos de la Estructura 3

La Estructura de reclusión No.3 está conformada por 17 secciones de reclusión, que incluye una unidad de atención especial-UTE o de aislamiento. Frente a su infraestructura se puede decir que es reciente, dado que fue producto del proceso de la ampliación de la capacidad penitenciaria bajo el gobierno de Álvaro Uribe Vélez.

En cuanto al proceso de verificación para la estructura 3, tabla 4-15, se identificaron un total de 40 deficiencias, de las cuales 11 refieren a condiciones del área de reparto de alimentos y

condiciones habitacionales de patios-celdas, respectivamente y 10 se relacionan a condiciones higiénicas y de trabajo de la panadería

Tabla 4-15. Resultado de evaluación higiénica, sanitaria y ambiental de la Estructura No.3 COMEB-Bogotá según Actas de inspección Vigilancia y Control SDS 2013

	Aspectos a evaluar	Resultado de evaluación			
		Cumple	No cumple	No aplica	No Observado
1	AAP- Abastecimiento Agua Potable	5	4	1	0
2	AR- Áreas de Recreación	3	2	1	0
3	ARA- Áreas de Reparto de Alimentos	27	15	11	0
4	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	14	3	11	0
5	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	44	34	10	0
6	CT- Condiciones de Trabajo	10	3	0	7
7	CV- Control de Vectores	5	4	0	1
8	IF- Instalaciones físicas	10	7	1	2
9	IS- Instalaciones Sanitarias	5	5	0	0
10	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	5	4	1	0
11	RL- Residuos Líquidos	3	1	2	0
12	RS- Residuos Sólidos	9	6	1	2
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	4	3	1	0
Total		144	91	40	8

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información reportada en las Actas de inspección Vigilancia y Control Higiénico y Sanitaria a cárceles y Centros de rehabilitación de menores para el COMEB el día 30 de octubre de 2013 por parte de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

La descripción general de las 40 deficiencias identificadas se da como sigue:

AAP- Abastecimiento Agua Potable

- Presión de agua insuficiente para todas las secciones

AR- Áreas de Recreación

- El Patio 8 presenta presencia de agua residual por presencia de tubos rotos de agua residual rotos, lo que permite se apoce agua en la cancha de microfútbol.

ARA- Áreas de Reparto de Alimentos

- Las paredes de las 8 áreas de repartición no son de fácil limpieza
- Las áreas de repartición no están limitadas o separadas funcionalmente de las otras áreas.
- Presencia de residuos sólidos, tales como papel y plástico en el piso de las zonas de reparto
- No se suministra jabón ni desinfectantes para lavado de menaje
- No cuentan con plan básico de saneamiento
- No se garantiza limpieza y desinfección de platos, vasos y cucharas
- No se evidencia soporte documental sobre retiro de residuos sólidos
- Hay recipientes para la recolección de residuos peor sin identificación
- No se presenta soporte documental sobre manejo de residuos líquidos

CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas

- Presencia de humedades en techos y paredes de algunas celdas y patios
- Filtración de humedad por pisos, con olores ofensivos, además se ubican baños tapados.
- La iluminación de varias celdas no es adecuada
- Ventilación inadecuada en varias celdas y zonas comunes
- Redes eléctricas y servicios de conexión en mal estado
- Las baterías sanitarias en varios patios se hallan varios en mal estado
- En los baños se presentan filtraciones por falta de impermeabilidad
- Para la recolección de residuos no se encuentran suficientes canecas, las que hay están en mal estado, sin tapa ni bolsas

CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería

- Inadecuada temperatura ambiental y ventilación en el área de proceso, incomoda al personal manipulador de alimentos.
- No se presentan procedimientos para limpieza y desinfección de equipos y utensilios
- No se realizan controles de temperatura de refrigeración
- Hay un mesón partido a la mitad es de material poroso y adsorbente
- No existe avisos ni instrucciones para el lavado de manos
- No existe extintor ni botiquín

CT- Condiciones de Trabajo

- No existen señales de seguridad
- No hay disponibilidad de elementos de protección personal
- No se realiza actividades de barrido, limpieza y desinfección de áreas
- No se evidencia mantenimiento de maquinas
- No se separan los residuos solidos
- Cableado eléctrico y redes de suministro expuestas.

IF- Instalaciones físicas

- Presencia de residuos sólidos en los corredores principales

RS- Residuos Sólidos

- El almacenamiento temporal de residuos sólidos está en construcción.
- Hay insuficiencia de contenedores para la recogida de residuos sólidos

PED- Prevención de Emergencias y Desastres

- No hay señalización de salidas de emergencia debido a medidas de seguridad internas.

RL- Residuos Líquidos

- Los sifones y drenajes están en mal estado
- Falta de mantenimiento correctivo y preventivo a sistema de alcantarillado interno.

4.3 Descripción de la política penitenciaria en salud pública

Dado que en la actualidad el país adolece de una política penitenciaria en salud pública y como parte del proceso de clarificación de la concepción que se tienen sobre las líneas de acción sanitaria dentro del ámbito penitenciario colombiano, se consideró pertinente recurrir algunos apartados teóricos para determinar los enfoques de análisis. Preciado esto, para el desarrollo de este apartado se tomaron las concepciones enunciadas por Charles Winslow, la OMS y la Ley 1122 de 2007. De antemano, se resalta que la salud pública centra su atención en el estudio de los procesos de salud-enfermedad vistos desde la perspectiva individual y colectiva, impulsando con ello la instrumentación de acciones mancomunadas público-privadas para el logro del bienestar pleno del individuo y la comunidad.

Por su parte Charles E. Winslow¹²⁶ refiere que la salud pública “es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad”. El resalta que estos esfuerzos se enfocan en:

- Sanear el medio ambiente
- Controlar las infecciones de la comunidad
- Educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal
- Organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades
- Desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

Años más tarde, la OMS¹²⁷ determinó que la salud pública es “la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad”.

En Colombia desde la óptica legal Ley 1122 de 2007¹²⁸ define la salud pública como “el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país”. Por lo tanto y en virtud a lo expuesto, la acción sanitaria de la Institución Penitenciaria fue construida tomando en consideración el planteamiento esbozado anteriormente, además este ejercicio se complementó bajo las dimensiones planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En consecuencia las líneas de análisis fueron concretadas así:

¹²⁶ Restrepo, Jorge Humberto et al. Salud Pública (Tomo I). Corporación para Investigaciones Biológicas (Libro electrónico) 2005.

¹²⁷ Novick, Lloyd F. et al. Public health administration: principles for population-based management. Jones and Bartlett Pub. Sudbury, Mass. 2008. (Libro electrónico). Pág. 2. (Traducción). Disponible en: http://www.jblearning.com/samples/0763738425/38425_ch01_001_034.pdf

¹²⁸ Congreso de la república de Colombia. Ley 1122 “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Art 32. 2007.

- a) **Sanearamiento del ambiente**, localizado en los factores-determinantes ambientales de la salud
- b) **Prevención y control de enfermedades**, enfocado a la acción sobre los eventos transmisibles y no trasmisibles, además de los esfuerzos por direccionar el conocimiento de la situación de salud y el monitoreo epidemiológico de la salud de la población reclusa
- c) **Educación y promoción en salud**, referido a las acciones tendiente a reafirmar el autocuidado y construcción de hábitos y practicas saludables
- d) **Organización de los servicios de salud**, relacionado con las acciones enfocadas en garantizar la prestación, aseguramiento y financiación de los servicios de salud
- e) **Acción interinstitucional**, concerniente al fortalecimiento de la rectoría sanitaria y el trabajo con otras entidades del sistema nacional penitenciario y carcelario.
- f) **Acción comunitaria**, encaminado a precisar las líneas de trabajo con la comunidad penitenciaria

4.3.1 Desde el planteamiento normativo

Para visualizar las directrices sanitarias desde el planteamiento normativo, tabla 4-16, se revisaron las principales leyes que rigen la organización del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario, extrayendo de ellas los lineamientos que rigen el sistema de salud en prisiones.

Tabla 4-16. Análisis de los enfoques de política desde la base jurídica vigente a 2014

Enfoque de política	Dimensiones	Planteamiento normativo	Alcance
Sanearamiento del ambiente	Salud Ambiental	Art 34 Ley 65 de 1993 y Art 37 Ley 1709 de 2014	Medio Mínimos materiales, aseguramiento de la provisión de servicios públicos de agua potable, saneamiento básico, y energía
		Art 34 Ley 65 de 1993	Condiciones de habitabilidad en celdas y dormitorios
	Salud publica en emergencia y desastres	Art 168 Ley 65 de 1993 y Art 92 Ley 1709 de 2014	Estados de emergencia penitenciaria y carcelaria, cuando sobrevengan graves situaciones de salud, de orden sanitario o de calamidad publica
	Salud y ámbito laboral	Art 79-83 y 86 Ley 65 de 1993 y Arts. 55-57 Ley 1709 de 2014	Trabajo penitenciario y seguridad social en riesgos laborales en prisión
Prevención y Control de enfermedades	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Art 105 Ley 65 de 1993 y Art 67 ley 1709 de 2014	Se garantiza asistencia médica y protección de los internos con especiales afecciones de salud referidas a VIH y enfermedades infectocontagiosas
	Vida saludable y enfermedades no transmisibles	Art 105 Ley 65 de 1993 y Art 67 ley 1709 de 2014	Se garantiza asistencia médica y protección de los internos con especiales afecciones de salud referidas a enfermedades terminales
Educación y promoción en salud	Seguridad alimentaria y nutricional	Arts. 67-68 Ley 65 de 1993 y ,Art 49 ley 1709 de 2014	Políticas y planes de provisión alimentaria.
	Educación y hábitos saludables	Art 10 Ley 65 de 1993	Finalidad del Tratamiento Penitenciario y resocialización bajo la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación
	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Ley 65 de 1993	Visita conyugal
Organización de los servicios de salud	Provisión de los servicios de salud	Art 104 Ley 65 de 1993 y Art 65 ley 1709 de 2014	Accesibilidad servicios de salud a todos los servicios del sistema general de salud de

Enfoque de política	Dimensiones	Planteamiento normativo	Alcance
			conformidad con la ley vigente
		Art 105 Ley 65 de 1993 y Art 66 ley 1709 de 2014	Modelo de atención en salud intramural y extramural especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género
	Financiación y aseguramiento en salud	Art 14 literal m Ley 1122 de 2007	La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud
		Parágrafos 1 y 2 Art 66 ley 1709 de 2014	Creación del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, encargado de contratar la prestación de los servicios de salud
Acción interinstitucional	Trabajo con las entidades de educación superior	Parágrafo 5 Art 66 ley 1709 de 2014	Los egresados de los programas de educación superior del área de la Salud podrán realizar servicio social obligatorio en prisión
	Trabajo gubernamental para la gestión de la acción sanitaria	Art 170 Ley 65 de 1993 y Art 93 Ley 1709 de 2014	Comisión de Seguimiento a las Condiciones de Reclusión del Sistema Penitenciario y Carcelario
		Art 106 Ley 1709 de 2014	El plan estratégico y financiero de política carcelaria, adopción de CONPES con capítulo sobre plan de sanidad
Acción comunitaria	Convivencia mental y social	Art. 99A Ley 65 de 1993 y Art 2 ley 415 de 1997	Trabajo comunitario de mantenimiento, aseo, obras públicas, ornato o reforestación
		Arts. 107 Ley 65 de 1993 y Art 68 Ley 1709 de 2014	Enajenación mental y protección salud e integridad física del interno con problemas mentales
		Art 4 del 1616 de 2013	Garantía en salud mental. Adopción de programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad a cargo Minjusticia e INPEC
		Arts. 153 Ley 65 de 1993 y Arts. 26 y 88 Ley 1709 de 2014	Permanencia de niños y niñas en establecimientos de reclusión y protección de sus derechos

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de la normatividad penitenciaria en salud pública

4.3.2 Desde la acción institucional

Frente al análisis de la acción institucional, tabla 4-17, se realizaron dos acciones prioritarias, en primera instancia se realizó una revisión del marco normativo que rige la rectoría y gestión de la salud pública en el país, con el fin de precisar las disposiciones, atribuciones y roles directos que debe cumplir el INPEC en la materia. De otro lado se realizó una búsqueda de evidencia documental publicada en medio física y electrónica, sobre diversos documentos, directrices, planes, programas, guías y proyectos que soportan la acción sanitaria de la institución.

Respecto al resultado de la revisión normativa, se realizó una análisis de las principales normas que definen la base jurídica y los mecanismos de desarrollo de la salud pública, en especial se examinó el artículo 165 de la Ley 100 de 1993, el título II *Sector Salud* de a la Ley 715 de 2001, el capítulo VI de la Ley 1122 de 2007, la Resolución 425 de 2008 y el título II de la Ley 1438 de 2011, lo cual permitió establecer que las normas nacionales no refieren responsabilidades

directas de la institución penitenciaria, lo que puede traducirse en un desconocimiento de la importancia sanitaria que tiene para la salud de la población los Establecimientos de reclusión.

Además del anterior panorama, esta situación desencadena varios hechos entre los cuales se puede establecer: falta de apropiación de recursos para adelantar intervenciones colectivas en su población, falta de instrumentos jurídicos para generar directrices que conlleven al fortalecimiento de su actuar institucional a nivel de los diferentes niveles territoriales donde tiene presencia, falta de una política institucional que impulse la acción sanitaria con alcance a las 6 Direcciones regionales y 138 Establecimientos de Reclusión que tiene a cargo, desincronización interinstitucional permanente a nivel de las políticas de prevención y promoción de la salud, entre otras. Precisado esto, es claro que a la luz de la norma y del ordenamiento jurídico del Estado Colombiano, el INPEC como Institución pública no puede ejercer roles o mandatos propios de los entes territoriales, pero también es claro que tiene a su cargo velar por la salud, seguridad e integridad de un grupo poblacional que en termino generales está bajo la tutela del Estado y por esta razón, se le deberían conceder ciertas discrecionalidades y competencias administrativas de las que gozan los entes territoriales respecto a la organización de planes de salud territorial y los planes de intervenciones colectivas.

También es de anotar que Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Salud y Justicia ha propendido por mejorar la situación sanitaria en las prisiones, primero migrando el aseguramiento de la población hacia el sistema de seguridad social en salud, luego mediante la expedición de la Ley 1709 de 2014 que actualiza el código penitenciario carcelario (Ley 65 de 1993) propicia una serie de acciones tendientes a mejorar la financiación del aseguramiento y prestación de los servicios de salud y luego proyectando el diseño de un modelo de atención en salud que tres enfoques una atención intramural, una extramural y una política de atención primaria en salud. Además posibilita la confección de un documento CONPES que debe abarcar plan estratégico y financiero de política carcelaria incorporando, entre otros documentos: un plan de construcciones e infraestructura y el un plan de sanidad.

Por lo tanto y derivado del anterior marco explicativo, se concluye la ausencia de políticas gubernamentales que clarifiquen la acción sanitaria del INPEC por lo tanto se consideró pertinente llevar a cabo un proceso de búsqueda selectiva del conjunto de evidencia institucional que permitiría visualizar hacia dónde se enfoca o se ha enfocado la acción sanitaria de la Institución penitenciaria. Expuesto esto, los hallazgos son ilustrados en la tabla 4-16.

Tabla 4-17. Análisis de los enfoques de política desde la acción institucional

Enfoque de política	Dimensiones	Evidencia institucional
Saneamiento del ambiente	Salud Ambiental	<p>Planes, programas, proyectos y acciones: Sistema de gestión ambiental-SIGA</p> <p>Plan Institucional de gestión ambiental-PIGA</p> <p>Programa de salud ocupacional y medio ambiente-SOMA</p> <p>Plan Integral Ambiental</p> <p>Programa de saneamiento básico, desinfección de áreas, fumigaciones, control calidad del agua y desratización</p>

Enfoque de política	Dimensiones	Evidencia institucional
		Procesos y procedimientos : PT 53-010-01 Programa de disposición de basuras
	Salud publica en emergencia y desastres	Documentos institucionales: Plan de emergencias del INPEC
	Salud y ámbito laboral	Planes, programas, proyectos y acciones: Programa de salud ocupacional para internos Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para funcionarios Procesos y procedimientos : PT 52-001-01 Fomento, adopción y aplicación de reglamentos de higiene y seguridad industrial para actividades laborales de Internos PT 52-011-07 V01 Implementación y gestión del Programa de Salud Ocupacional y Medio Ambiente – SOMA
Prevención y Control de enfermedades	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Planes, programas, proyectos y acciones: Lineamientos generales del Ministerio de salud para la Vigilancia y Control de Eventos de Interés en Salud Pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios. Jornadas de vacunación por parte de entes territoriales de salud en los establecimientos de reclusión Plan salud 2013. “Emergencia penitenciaria y carcelaria”, componente vacunación.
	Vida saludable y enfermedades no transmisibles	Procesos y procedimientos : PT 51-001-01 Vigilancia epidemiológica VESPA Planes, programas, proyectos y acciones: Lineamientos generales del Ministerio de salud para la Vigilancia y Control de Eventos de Interés en Salud Pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios Plan salud 2013. “Emergencia penitenciaria y carcelaria”, componente brigadas de salud Realización de acciones de diagnóstico precoz por parte de CAPRECOM Procesos y procedimientos : PT 51-001-01 Vigilancia epidemiológica VESPA
Educación y promoción en salud	Seguridad alimentaria y nutricional	Planes, programas, proyectos y acciones: Contratación del servicio de alimentación establecimientos de reclusión a cargo de la Unidad de servicios penitenciarios y carcelarios Inspecciones periódicas para monitorear el suministro de alimentación

Enfoque de política	Dimensiones	Evidencia institucional
		<p>Procesos y procedimientos :</p> <p>PT 53-015-07 V02 Seguimiento y Control alimentación suministrada a los Internos</p> <p>PT 53-016-07 V01 Asignación de Dietas Terapéuticas y cambios de menús</p> <p>PA 22-007-06 V03 Planeación, seguimiento y control a los contratos de alimentación a Internos</p>
		<p>Planes, programas, proyectos y acciones:</p> <p>Programas de lectura y aprovechamiento del tiempo libre en los establecimientos de reclusión</p> <p>Concurso de cuento, poesía, pintura y escultura</p> <p>Realización de acciones de fomento, educación, prevención y promoción de la salud a cargo de CAPRECOM dentro de los establecimientos de reclusión</p> <p>Programa Prevención y Mitigación de SPA</p>
	Educación y hábitos saludables	<p>Procesos y procedimientos :</p> <p>PT 51-002-01 Programas preventivos de la Drogadicción</p> <p>PT 51-003-01 Estimular el desarrollo de programas de atención psicológica en el Sistema Penitenciario Nacional</p> <p>PT 51-004-02 Deportes, recreación y cultura</p> <p>PT 51-020-01 Investigación evaluativa en prevención de la drogadicción</p> <p>PT 53-002-01 Coordinación, evaluación y seguimiento de programas de promoción y prevención en salud</p>
	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	<p>Planes, programas, proyectos y acciones:</p> <p>Entrega de condones a la población reclusa y charlas de educación sexual</p> <p>Realización de exámenes para la detección de ITS</p>
Organización de los servicios de salud	Provisión de los servicios de salud Financiación y aseguramiento en salud	<p>Planes, programas, proyectos y acciones:</p> <p>Manual técnico para la prestación de servicios de salud CAPRECOM – INPEC</p> <p>Procesos y procedimientos :</p> <p>PT 53-003-01 Coordinación de la atención en salud de la población reclusa</p> <p>PT 53-004-07 V02 Revisión de cuentas Médicas</p> <p>PT 53-005-01 Coordinación y atención de pacientes de alto costo</p> <p>PT 53-011-01 Creación, ampliación o modificación del servicio de salud</p>

Enfoque de política	Dimensiones	Evidencia institucional
		<p>PT 53-014-01 Auditoría de servicio de salud en el establecimiento carcelario</p> <p>PT 53-017-07 V01 Habilitación de los servicios de salud en los Establecimientos de Reclusión del Nivel Nacional</p>
	Financiación y aseguramiento en salud	<p>Planes, programas, proyectos y acciones:</p> <p>Contrato de póliza para el aseguramiento servicios de salud de la población reclusa.</p> <p>Gestión del aseguramiento a través de la Unidades de servicios penitenciarios y carcelarios</p> <p>Plan salud 2013. “Emergencia penitenciaria y carcelaria”, componente aseguramiento</p> <p>Procesos y procedimientos :</p> <p>PT 53-013-01 Coordinación de la auditoría de los servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos</p>
Acción interinstitucional	Trabajo con las entidades de educación superior	<p>Planes, programas, proyectos y acciones:</p> <p>Desarrollo de tesis y trabajos de grado universitarios en el ares de la investigación epidemiológica, salud pública y salud comunitaria</p>
	Trabajo gubernamental para la gestión de la acción sanitaria	<p>Planes, programas, proyectos y acciones:</p> <p>Estructuración de acciones de salud pública, seguimiento de la atención en salud de forma concertada con el prestador CAPRECOM en el marco de la declaratoria de emergencia penitenciaria y carcelaria</p> <p>Trabajo mancomunado con la secretarías de salud para la investigación de brotes e inspección higiénico-sanitaria</p> <p>Acción interrelacionada defensoría del Pueblo, Procuraduría e INPEC para el restablecimiento de derechos en salud y calidad de vida de la población reclusa</p> <p>Trabajo de cooperación entre INPEC y el Comité Internacional de la cruz Roja para mejorar el sistema de salud penitenciaria y realizar programas de promoción y prevención en salud en los establecimientos carcelarios.</p> <p>Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013 emitido por el Ministerio de Salud, sobre información 2011 y 2012.</p> <p>Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012 emitido por la CAPRECOM-EPS para la población afiliada.</p> <p>Perfil epidemiológico Centros de Reclusión ubicados en Bogotá D.C. por secretaría Distrital de Salud.</p>
	Convivencia mental y social	<p>Planes, programas, proyectos y acciones:</p> <p>Programa de asistencia e intervención psicosocial en el marco de los procesos de atención integral y tratamiento penitenciario</p> <p>Diagnóstico de la conducta suicida en los Establecimientos de Reclusión para 2013 emitido por la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC.</p>

Enfoque de política	Dimensiones	Evidencia institucional
Acción comunitaria		<p>Procesos y procedimientos :</p> <p>PT 51-011-03 Programa Atención Social</p> <p>PT 51-012-08 V04 Integración Social de Grupos con Condiciones excepcionales</p> <p>PT 51-013-03 Programa de atención a la familia de la población reclusa</p> <p>PT 51-017-02 V02 Estructura, conformación y Operatividad de la Red Social de Apoyo</p> <p>PT 51-021-03 Atención a Menores de 0 a 3 años hijos de internas</p> <p>PT 53-009-01 Coordinación de la atención de pacientes con trastorno mental</p>

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información disponible en la base documental de la Institución penitenciaria y entidades relacionadas con la gestión de la salud pública

4.4 Medición de la capacidad penitenciaria para el ejercicio de la salud pública

La medición de las funciones esenciales se llevó a cabo teniendo en cuenta los siguientes aspectos técnicos y operativos:

Tiempo de medición

El proceso de medición se realizó en el periodo comprendido entre el 1 al 31 de mayo de 2014, tiempo durante el cual participaron 8 funcionarios penitenciarios adscritos a las dependencias que gestionan la salud pública a nivel del Complejo Metropolitano de Bogotá-COMEB “La Picota”, la Dirección Regional Central-CRC y La Dirección General del INPEC.

Ajuste del Instrumento

Para realizar la medición se empleó el instrumento diseñado por la Organización Panamericana de la Salud, el cual fue sometido a un ajuste técnico, dada la necesidad que sus funciones, indicadores y cuestionamientos fueran concordantes a las competencias, atribuciones y alcances institucionales del INPEC.

Además se resalta que se preservó la esencia de las funciones, de los indicadores y de las preguntas, evitando con ello, la pérdida de objetividad del instrumento.

Durante el proceso de ajuste y basados en la precariedad y rezagos de los procesos de salud pública penitenciaria, se consideró pertinente limitar la evaluación hasta la fase de preguntas madres, dejando de lado las sub-mediciones denominadas hijas, nietas y bisnietas (En el anexo B, pág. 166, se adjunta el instrumento objeto de modificación).

Organización de la medición

Teniendo en cuenta la dificultad para la realización de un grupo focal (derivado en parte a que los 8 funcionarios seleccionados no podían desplazarse) y a que la Entidad tiene un desarrollo institucional limitado en materia sanitaria, se consideró pertinente enviar a cada uno de los participantes el instrumento para ser diligenciado.

Sistematización de la medición

Cada una de las respuestas consignadas en los 8 cuestionarios fue sistematizada en el archivo Excel suministrado por la OPS, al cual se le realizó un ajuste para poder ponderar los puntajes de cada uno de los 8 funcionarios y así poder definir el valor alcanzado por cada indicador y por cada una de las 11 funciones esenciales.

La respuesta dada a cada pregunta madre se basó sobre las opciones de “Sí” que equivale a un puntaje de 1 y de “No” que equivale a un puntaje de 0.

De igual forma, se señala que para definir el valor de referencia estándar y el valor de referencia nacional, se revisaron los ejercicios realizados en el 2003 por las Secretarías de Salud de los Departamentos de Valle del Cauca y de Caldas, dónde se apropiaba el valor de 0.7 como valor estándar y 0.6 como valor nacional de referencia.

Para mayor información se adjuntan en el anexo B, pág. 166, los puntajes dados por los 8 funcionarios a cada pregunta madre y las ponderaciones realizadas para calcular el valor del indicador y de la respectiva función esencial.

Guía de convencional de interpretación OPS/OMS

Para comprender la interpretación de los resultados calculados de cada una de las FESP, la OPS/OMS establece una escala de interpretación¹²⁹, tabla 4-18, que ha sido empleada en el país durante todos los procesos de medición emprendidos por los Entes Territoriales.

Tabla 4-18 Escalas de interpretación medición FESP OPS/OMS

Nivel	Escala	Interpretación
1	76% a 100% (0.76 a 1.0)	Cuartil de desempeño óptimo
2	51% a 75% (0.51 a 0.75)	Cuartil de desempeño medio superior
3	26% a 50% (0.26 a 0.5)	Cuartil de desempeño medio inferior
4	0,0 a 25% (0.0 a 0.25)	Cuartil de desempeño mínimo

Fuente: Elaboración propia a partir de información consignada en el Informe de medición de desempeño de las funciones esenciales de salud pública ejercidas por la Autoridad de Salud Territorial departamental del Valle del Cauca

¹²⁹ Secretaria departamental de Salud del Valle-Organización panamericana de la Salud. Óp. Cit.

Relación de funcionarios participantes

Los funcionarios seleccionados, su cargo y localización se consignan en la tabla 4-19, es de destacar que se aseguró la representatividad territorial durante su escogencia.

Tabla 4-19 relación de funcionarios seleccionados medición FESP INPEC 2014

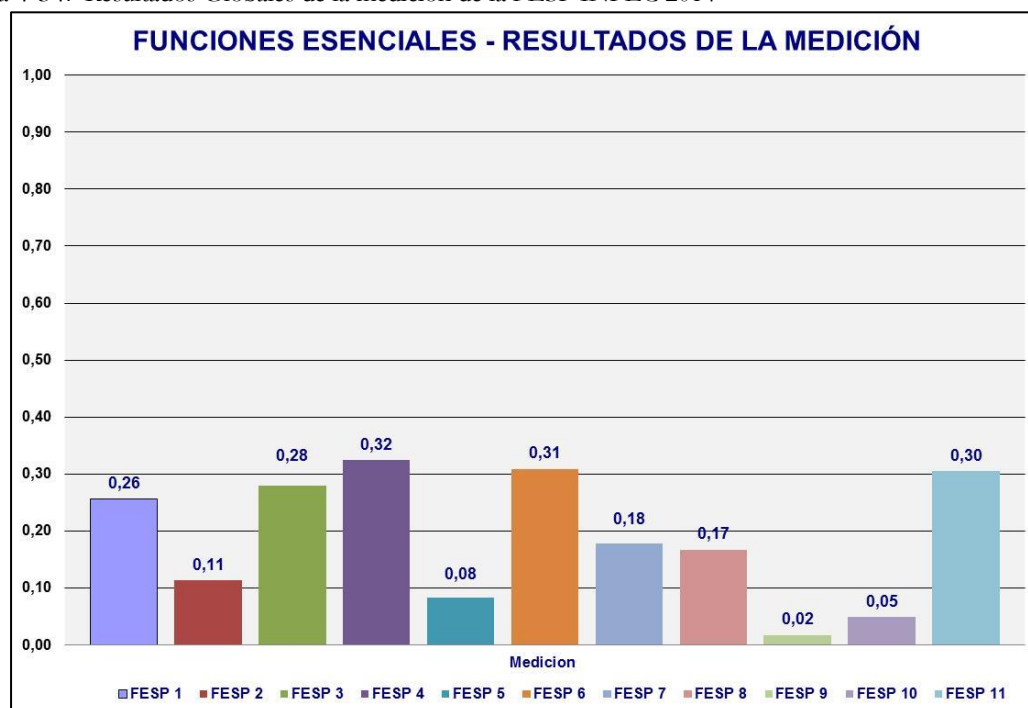
No.	Nivel territorial	Dependencia	Cargo/función
1	Establecimiento de reclusión-COMEB Bogotá	Coordinación salud publica	Coordinadora
2	Establecimiento de reclusión-COMEB Bogotá	Coordinación salud publica	Enfermera
3	Dirección Regional Central	Coordinación de Atención en salud	Coordinadora
4	Dirección Regional Central	Coordinación de Atención en salud	Profesional en SP
5	Dirección general INPEC	Subdirección Atención en salud	Subdirector
6	Dirección general INPEC	Subdirección Atención en salud	Coordinadora en SP
7	Dirección general INPEC	Subdirección Atención en salud	Profesional en SP
8	Dirección general INPEC	Planeación	Profesional oficina de planeación

Fuente: Elaboración del investigador

4.4.1 Resultados generales de la medición institucional

Respecto a los resultados globales, figura 4-34, se puede resaltar que 5 FESP se ubicaron en el cuartil de desempeño medio inferior, mientras que las 6 restantes lo hicieron en el cuartil de desempeño mínimo.

Figura 4-34. Resultados Globales de la medición de la FESP INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Los puntajes más altos se obtuvieron en:

- **FESP 4 “Participación de los ciudadanos en la salud pública penitenciaria” con un puntaje de 0,32.** Este resultado destaca la preocupación del INPEC por acercar al ciudadano a la gestión institucional, además de un creciente interés por dar alcance y resolución al conjunto de PQRS vinculados con los procesos de asistencia sanitaria intramural, que son reportados tanto por los reclusos como por la familia y los órganos de control.
- **FESP 6 “Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública penitenciaria” con un puntaje de 0,31.** El puntaje alcanzado probablemente se relaciona con el conjunto de acciones de auditoria, seguimiento y monitoreo que ha emprendido la Dirección General del INPEC, destinadas a verificar la forma de provisión de los servicios sanitarios y el desarrollo de acciones de prevención por parte de los agentes penitenciarios o del prestador intramural. Aquí también se puede relacionar la influencia activa que han ejercido los órganos de control y las autoridades sanitarias para que la Institución genere trazabilidad
- **FESP 11 “Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario” con un puntaje de 0,30.** La Institución cuenta con un plan de emergencia debidamente armonizado y coordinado con los planes distritales y nacionales de atención y prevención de emergencias, aunque se resalta que su estructura y ejecución se condiciona directamente por las limitaciones de seguridad que deben primar en los ERON’s a fin de evitar fugas de reclusos.
- **FESP 3 “Promoción de Salud en el Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario” con un puntaje de 0,28.** Se destaca la preocupación de la Institución penitenciaria por incentivar los hábitos y estilos de vida saludable, a partir de la oferta de diversas actividades del orden recreativo, deportivo, cultural y de fomento de la salud dentro de los Establecimientos de reclusión.
- **FESP 1 “Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional” con un puntaje de 0,26.** A lo largo de la investigación se evidenció que existen diagnósticos, perfiles epidemiológicos y estudios sobre la situación de salud de la población reclusa, aunque sean limitados, pueden dar cuenta de la voluntad interinstitucional por conocer los padecimientos y condiciones de salud que presenta esta población.

Por su parte los puntajes más bajos se localizaron en:

- **FESP 7 “Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario” con un puntaje de 0,18.** Como se ha debatido y como lo confirma la medición, uno de los principales problemas en los ERON’s es la inequidad sanitaria debido a la inaccesibilidad e inadecuada provisión de servicios de salud, en parte por la carencia de recursos físicos, humanos y económicos; lo que obstaculiza la mejora progresiva de la accesibilidad y por ende su promoción en el ámbito de prisiones.
- **FESP 8 “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública penitenciaria” con un puntaje de 0,17.** Una de las constantes preocupaciones es la disponibilidad y calidad del recursos humano que participa en la provisión de los

servicios de salud, en parte por la ausencia de personal idóneo, por dificultades presupuestales para contratar, por el poco interés que despierta el trabajo sanitario en prisiones y a la ausencia de programas de formación que sensibilicen la forma de realizar el acto sanitario enfocado a las características y realidades de esta población.

- **FESP 2 “Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública penitenciaria” con un puntaje de 0,11.** Uno de los elementos carenciales es la ausencia de los procesos de vigilancia de la salud pública en prisiones, derivado en parte por ausencia de lineamientos, de personal idóneo y de recursos institucionales. Además aunque se conozca y caracterice el riesgo sanitario, la Entidad no tiene la capacidad para intervenirlo
- **FESP 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública penitenciaria” con un puntaje de 0,08.** Este puntaje ratifica un hecho concreto, la ausencia de políticas penitenciarias para la gestión de la salud pública, además de la poca acción institucional y estatal para subsanar esta falencia.
- **FESP 10 “Investigación en salud pública dentro del sistema nacional Penitenciario y Carcelario” con un puntaje de 0,05.** El puntaje pone de manifiesto que la investigación en el medio penitenciario colombiano es escasa, en parte porque se desconocen las problemáticas y realidades sanitarias que aquejan a la población reclusa, además por el poco interés que despierta el hecho de abordar a la población reclusa.
- **FESP 9 “Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario” con un puntaje de 0,02.** Este puntaje refleja la poca acción institucional e intersectorial frente a la construcción de una política y el desarrollo de acciones que favorezca disminuir el rezago en cuanto a la calidad y organización de los servicios de salud.

4.4.2 Resultados específicos por FESP

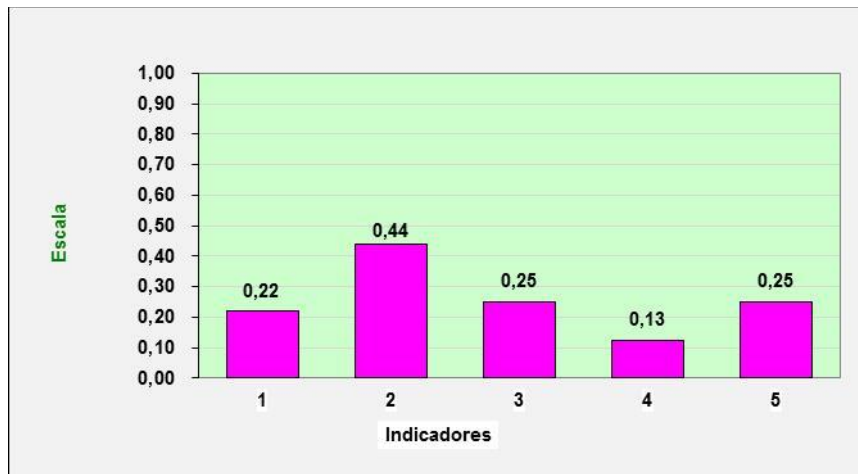
FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional

Los indicadores evaluados fueron:

- 1) Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa
- 2) Evaluación de la calidad de la información en salud penitenciaria y carcelaria
- 3) Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa
- 4) Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa
- 5) Asesoría y apoyo técnico a las Direcciones Regionales y ERON's

Es de resaltar sobre los puntajes de esta función, figura 4-35, que los indicadores 2, 3 y 5 se ubican en el cuartil de desempeño medio inferior, mientras el 1 y 4 se localizan en el cuartil de desempeño mínimo.

Figura 4-35. Resultados medición indicadores FESP 1 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Es de destacar que la evaluación de la calidad de la información es el indicador más favorable, en parte porque la Institución ha establecido procesos y procedimientos para garantizar que la poca información que produce sea confiable. También es de resaltar que dada la participación de CAPRECOM-EPS dentro de las dinámicas de prestación, posiblemente algunos procesos han sufrido mejoras, ya que se incorporaron nuevos procesos, procedimientos y estándares destinados al conocimiento de la situación de salud de la población afiliada. Un producto de esto, es el perfil epidemiológico anual que viene realizando la EPS para mostrar las condiciones de salud de su población afiliada.

Se resalta que desde el nivel central, existe la preocupación progresiva para favorecer la participación activa de los demás niveles territoriales en el proceso de conocimiento de la situación de salud de la población reclusa. Por ejemplo para la vigencia 2014 se consigna en el plan de acción la meta de “Realizar seguimiento a la Salud Pública en 15 establecimientos a intervenir en el 2014”. Además en el conjunto de actividades planificadas se aprecian acciones de socialización y concertación de las respectivas directrices con las Direcciones Regionales.

También se evidencia que la Institución penitenciaria carece de diagnósticos concretos y ajustados a las condiciones reales de salud de la población reclusa, sin embargo, se resalta la existencia de ciertos documentos y/o protocolos que pueden dar una aproximación a los procesos de salud-enfermedad producidos en los ERON's, los cuales han sido producidos por parte o con participación del prestador y otras instancias del sistema de salud colombiano.

Finalmente, se señala que la Entidad carece de sistemas informacionales de carácter sanitario o epidemiológico, lo que claramente le impide de forma directa recolectar información que apoye la toma de decisiones en este sentido. Aunque se reconoce la existencia de módulos para el área de salud dentro del sistema informacional denominado SISIPEC-WEB, el cual no está en pleno uso. También se considera relevante el uso por parte del prestador de los sistemas RIPS y SIVIGILA.

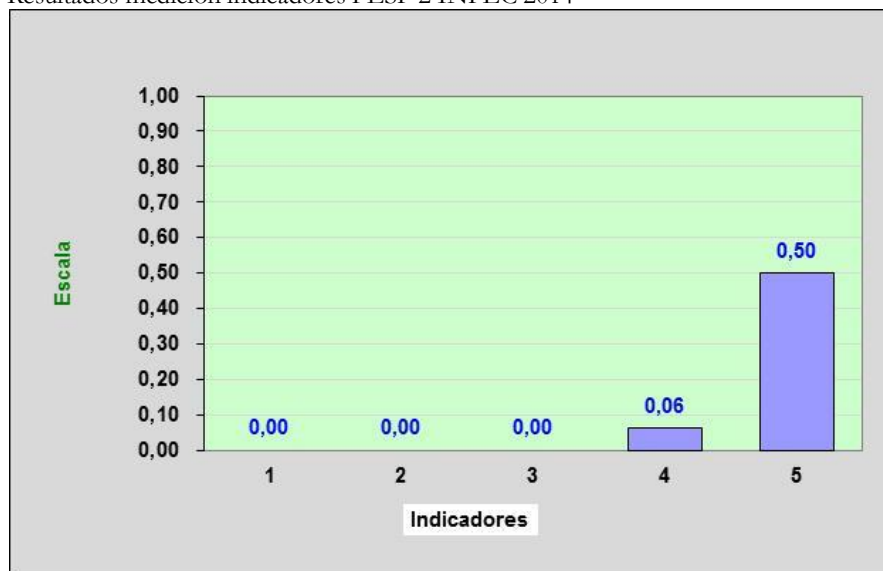
FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública penitenciaria

Los indicadores evaluados para esta función fueron:

- 1) Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública en los Establecimientos de Reclusión-ERON
- 2) Capacidades y experticia en epidemiología penitenciaria y carcelaria
- 3) Capacidad de los laboratorios de salud pública para el ámbito penitenciario y carcelario
- 4) Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública en prisiones
- 5) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y ERON's de salud pública

En cuanto a los resultados previstos para los indicadores de esta función, figura 4-36, se destaca el nivel alcanzado por el indicador 4 que puntuó entre las fronteras del cuartil de desempeño medio inferior y el superior. Por su parte los indicadores 1, 2 y 3 no muestran progreso, evidenciando un rezago frente a las acciones de vigilancia y reconocimiento del riesgo sanitario.

Figura 4-36. Resultados medición indicadores FESP 2 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Se destaca que en medio de sus posibilidades, el INPEC a través de la Subdirección de Atención en Salud ha tratado de desarrollar su capacidad de vigilancia, aunque por razones técnicas y metodológicas su desarrollo aún presenta rezagos. En este sentido, es de resaltar que la mayor movilización sanitaria proviene de los Entes Territoriales que asumen la contención e investigación de los brotes, ya que la Entidad no tiene el personal ni las capacidades para ello. También se destaca que gracias a la declaratoria de emergencia penitenciaria durante el 2013, la Entidad generó algún un grado de movilización y acopio de recursos para solventar algunas necesidades de salud.

De igual forma se denota que la Institución Penitenciaria no tiene la capacidad para desarrollar respuestas eficientes de cara a los desafíos en salud pública, posiblemente porque ante la inexistencia de una política, la Entidad no cuenta con las herramientas que le brinden la oportunidad para fortalecer su acción sanitaria.

Finalmente para los indicadores 1, 2 y 3 la puntuación fue nula, ya que la Institución no tiene un sistema de vigilancia epidemiológica formal, no posee la experticia para el manejo de problemas de salud ni cuenta con una red propia para el apoyo de este proceso. Se resalta que el Ministerio de Salud emitió unos lineamientos generales para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios, pero no se da cuenta de su aplicación y desarrollo.

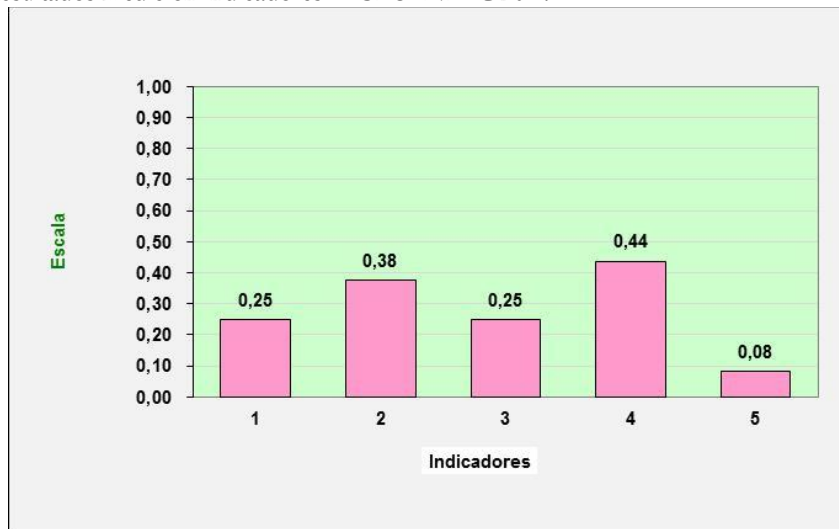
FESP 3: Promoción de Salud en el Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario

Los indicadores evaluados fueron

- 1) Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables en los Establecimientos de Reclusión-ERON
- 2) Construcción de alianzas sectoriales y extra-sectoriales para la promoción de la salud en el ámbito de prisiones
- 3) Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud en prisiones
- 4) Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción dentro de los ERON's.
- 5) Asesoría y apoyo técnico a las Direcciones Regionales y los ERON's para fortalecer las acciones de promoción de salud.

Frente a los resultados de la medición, figura 4-37, se puede precisar que los indicadores 2 y 4 se ubicaron en el cuartil de desempeño medio inferior, mientras que los indicadores 1, 3 y 5 no lograron sobrepasar el cuartil desempeño mínimo.

Figura 4-37. Resultados medición indicadores FESP 3 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Dentro de las acciones de promoción en salud, la Institución cuenta con la vinculación de actores de su red social de apoyo, en específico se resalta la participación del CICR, de los Entes Territoriales y de algunas universidades que posibilitan entre otras cosas, fomentar las acciones de promoción de la salud, enfatizando en la prevención de eventos infectocontagiosos, como VIH y TB, como también en acciones de salud comunitaria.

Frente a las carencias, aún faltan esfuerzos institucionales para focalizar la promoción de la salud como una estrategia para prevenir la ocurrencia de enfermedades, Además se presenta un desconocimiento integro de los factores-determinantes de la salud y sus influencias sobre la salud individual y colectiva de la población reclusa, lo que repercute en que las acciones de promoción de la salud sean limitadas frente a los retos en salud que deben ser afrontados en el ambiente intramural.

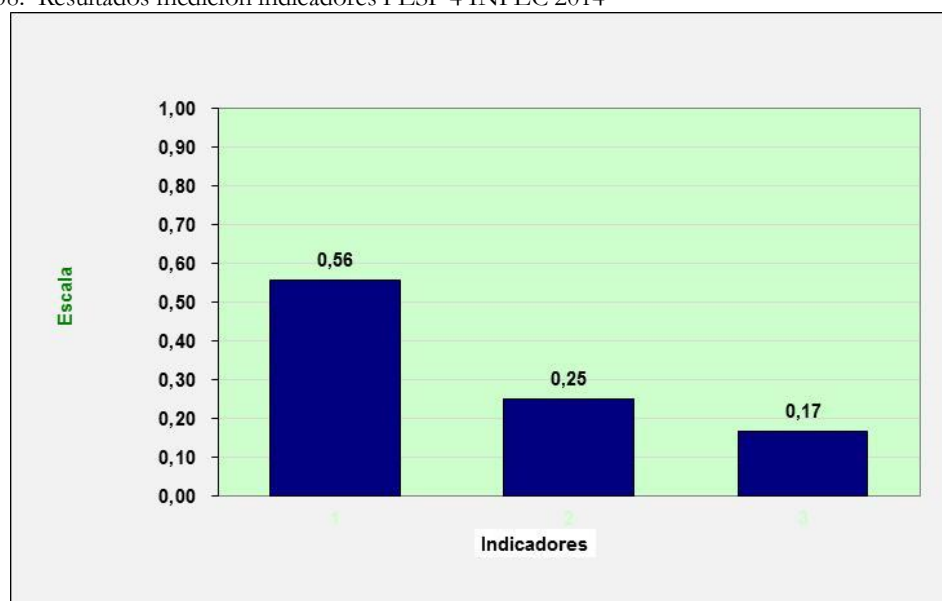
FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud publica penitenciaria

Los indicadores evaluados fueron

- 1) Fortalecimiento del poder de la comunidad penitenciaria y carcelaria en la toma de decisiones en salud pública
- 2) Fortalecimiento de la participación social en salud dentro del ámbito de prisiones
- 3) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y los ERO's para fortalecer la participación social en salud dentro del ámbito de prisiones

En cuanto a sus resultados, figura 4-38, se precisa que el indicador 1 se logra ubicar en el cuartil de desempeño medio superior, mientras el 2 y 3 lo hicieron en el cuartil de desempeño mínimo.

Figura 4-38. Resultados medición indicadores FESP 4 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

En los indicadores de esta función esencial, se aprecia que como resultado de la vinculación de la red social de apoyo y de los diversos actores sociales e institucionales dentro del proceso de toma de decisiones, la Institución ha tenido la oportunidad de mejorar ciertas áreas vitales en especial la provisión de servicios de salud. Esto se ha dado a través de mesas de trabajo interinstitucional, como las realizadas con los Ministerios de Salud y Justicia, con el mismo prestador y la Superintendencia de Salud.

Otro hecho de interés es la existencia al interior de los ERON's de comités de derechos humanos y de salud, donde los reclusos a partir de sus representantes tienen contacto con varias instancias, entre ellas, las directivas del respectivo Establecimiento de reclusión, representantes de la defensoría del pueblo y funcionarios de las personerías; Entes que brindan acompañamiento para resolver las problemáticas o requerimientos en salud. También debe considerarse como deficiencia de esta función, el precario apoyo dado a los niveles territoriales para incentivar el trabajo con las comunidades aledañas.

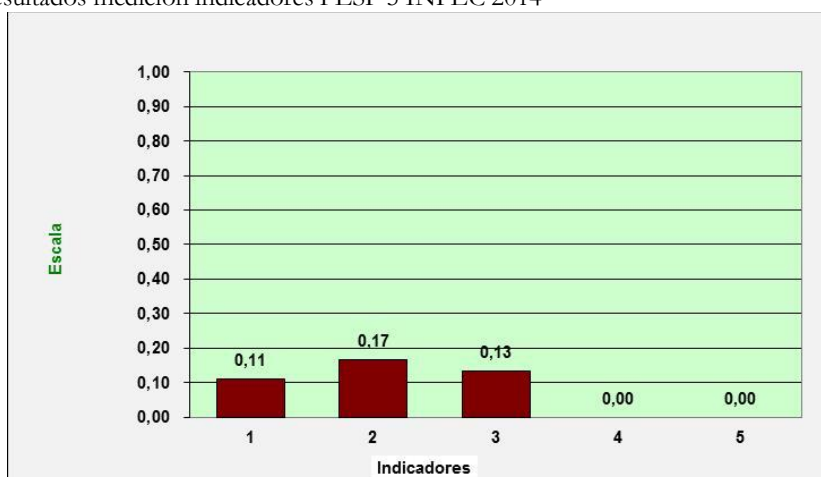
FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública penitenciaria

Los indicadores evaluados fueron

- 1) La definición nacional, regional y local de objetivos en salud pública dentro del ámbito de prisiones
- 2) Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública en prisiones
- 3) Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública en prisiones
- 4) Gestión de la cooperación internacional en salud pública penitenciaria y carcelaria
- 5) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERON's en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública en prisiones

En cuanto a sus mediciones, figura 4-39, se vislumbra entre otras cosas, que todos los indicadores se localizaron en el cuartil de desempeño mínimo, aunque los indicadores 4 y 5 no obtuvieron puntuación alguna.

Figura 4-39. Resultados medición indicadores FESP 5 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

De otra parte, los resultados para esta función y sus indicadores reflejan la carencia de una política formal, integrada y coherente frente a las metas y resultados en salud que la Institución desea, además se debe considerar el fenómeno de desinstitucionalización que afronta el INPEC, en parte por la transferencia de sus funciones y competencias tradicionales hacia otras Entidades, alentado esto, por la dicotomía institucional frente al ejercicio de la rectoría sanitaria dentro del sistema.

También como reflejo de este resultado, debe considerarse que aunque la Institución realiza acciones sanitarias en diferentes frentes (tales como eventos trasmisibles, crónicos no trasmisibles, educación para la salud, entre otros.) su direccionamiento estratégico, táctico y operativo no está concatenado con una única estructura de gestión y operación, lo que dificulta la gestión territorial.

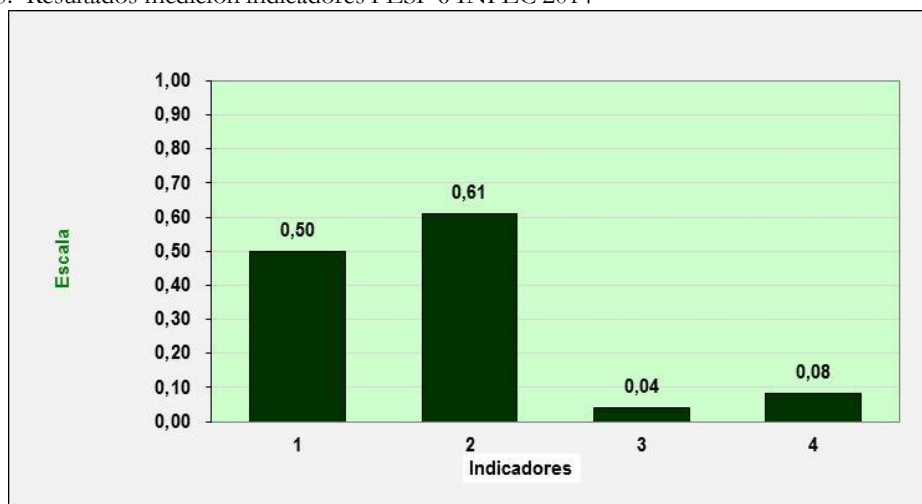
FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública penitenciaria

Los indicadores evaluados fueron:

- 1) Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio que rige la gestión de la salud pública en prisiones
- 2) Hacer cumplir la normativa en salud penitenciaria y carcelaria
- 3) Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio aplicable a la salud en prisiones
- 4) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos

En cuanto a los resultados obtenidos, figura 4-40, se aprecia que los indicadores 1 y 2 lograron ubicarse en el cuartil de desempeño medio superior, mientras que los indicadores 3 y 4 no lograron superar el cuartil de desempeño mínimo.

Figura 4-40. Resultados medición indicadores FESP 6 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Uno de los hechos más notables emprendidos por el INPEC y el gobierno nacional es la clarificación del marco regulatorio de la prestación, aseguramiento y financiación de los servicios de salud en prisión, evidenciable con la expedición de la Ley 1709 de 2014 que logró clarificar aspectos técnicos y financieros sobre la provisión de servicios de salud para la población privada de la libertad. Sin embargo se destaca que aún persisten limitaciones para que la Institución exija la mejora y adecuación de los servicios intramurales a las necesidades de la población reclusa.

También se debe tener en cuenta que la Institución al compartir y transferir sus funciones sanitarias no ha recibido un apoyo decidido desde el alto gobierno para clarificar el devenir normativo que promueva su acción sanitaria, encontrándose con un caudal de limitaciones que dictaminan que algunas actividades de regulación y fiscalización no recaen sobre su actuar.

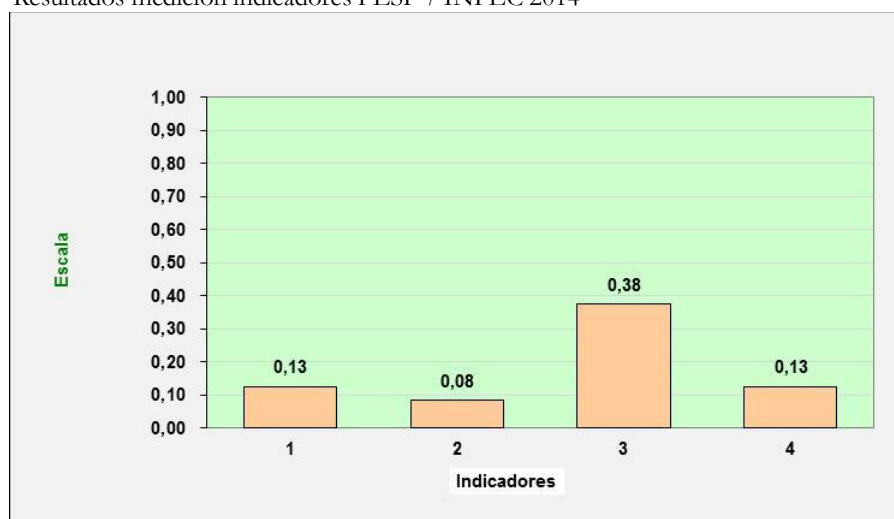
FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario

Los indicadores evaluados fueron:

- 1) Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios en prisiones
- 2) Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población reclusa
- 3) Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios en prisiones
- 4) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERON's en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud en prisiones

Las mediciones para estos indicadores, figura 4-41, mostraron que los indicadores 1, 2 y 4 se ubican en el cuartil de desempeño mínimo, mientras que el indicador 3 logro situarse en el cuartil de desempeño medio inferior.

Figura 4-41. Resultados medición indicadores FESP 7 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

A lo largo de la revisión bibliográfica, se resaltó que uno de los mayores problemas que afronta los sistemas de sanidad en prisiones es lograr el acceso y atención equitativa de las necesidades de salud que presenta la población reclusa, que se condiciona por las medidas de seguridad, la carencia de recursos y la desorganización de las áreas de sanidad. Toda esta situación y sus complejidades, sin duda se reproducen en los ERON's del país, factores que han incidido en el redireccionamiento de las políticas sanitarias, pero que aun así siguen generando brechas e inequidades sanitarias en el entramado de esta población.

Frente al papel que ha cumplido la abogacía en salud, se puede indicar que los cambios logrados en materia sanitaria han partido de la exigencia y reafirmación del restablecimiento de derechos frente al goce de buena salud y bienestar. Demandas interpuestas por el mismo recluso, la Institución o los diversos órganos de control.

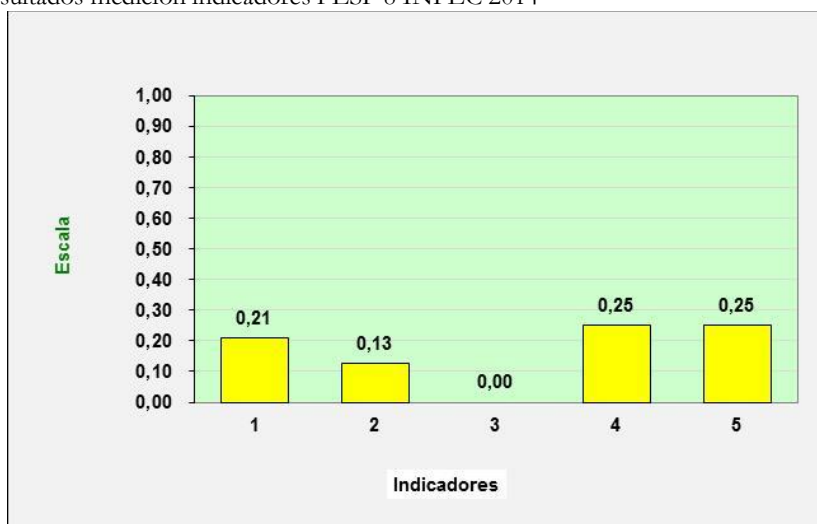
FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública penitenciaria

Los indicadores evaluados fueron:

- 1) Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública penitenciaria y carcelaria
- 2) Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en prisiones
- 3) Educación continua y permanente en salud pública en el ámbito de prisiones
- 4) Perfeccionamiento de los recursos humanos para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de la población reclusa
- 5) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERON's en el desarrollo de recursos humanos

En cuanto al nivel de medición resultante, figura 4-42, se destaca que los indicadores 4 y 5 se ubicaron entre las fronteras del cuartil de desempeño mínimo y el cuartil de desempeño medio inferior, por su parte los indicadores 1 y 2 no sobrepasaron el cuartil de desempeño mínimo y para el indicador 3 no se contabilizó puntuación.

Figura 4-42. Resultados medición indicadores FESP 8 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Es de resaltar que una de las fortalezas de la Institución Penitenciaria es contar con un centro especializado de formación denominado “Escuela Penitenciaria Nacional”, posibilitando la promoción y fortalecimiento de la doctrina institucional de cara a sus roles misionales.

De igual se debe tenerse en consideración que el INPEC cuenta con un grupo de profesionales en ciencias de la salud y áreas afines, que están dedicados al direccionamiento de los procesos e iniciativas en cuanto a salud pública, alimentación y seguimiento a los servicios de salud, sin embargo resulta insuficiente para el conjunto de frentes de acción que deberían ser abarcados tanto por el nivel nacional como por los niveles territoriales.

También debe resaltarse que la inducción y formación del personal sanitario relacionado con la prestación, esta desvinculada de toda practica formativa de corte institucional, debido a que depende directamente del prestador, lo que incide que en ocasiones este personal no sea consciente de las realidades que gobierna a esta población o que sus actos médicos precisen la filosofía de humanización de la atención.

En cuanto a la caracterización de la fuerza de trabajo, el INPEC y la subdirección de atención en salud han precisado el levantamiento de cargas y requerimientos, que fueron tenidos en consideración en la convocatoria 250 de 2012 que busca proveer entre otras cosas personal asistencial y médico para apoyar la acción sanitaria de la entidad.

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos del sistema nacional penitenciario

Los indicadores evaluados fueron:

- 1) Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva para la población reclusa.
- 2) Mejoría de la satisfacción de la población reclusa con los servicios de salud
- 3) Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública en el ámbito de prisiones
- 4) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y ERON's para asegurar la calidad de los servicios

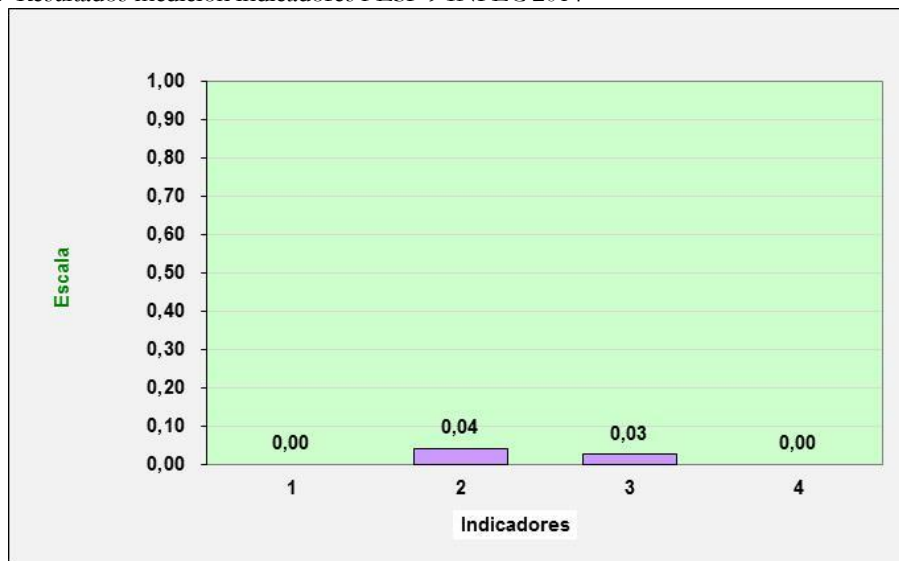
En cuanto a los resultados para estos indicadores, figura 4-43, se muestra un nivel deficitario, tan solo los indicadores 2 y 3 lograron un nivel de puntaje que los localiza en el cuartil desempeño mínimo, aunque su nivel se acerca más al valor de 0.0

Resáltese que aunque la Entidad en la actualidad lleve a cabo la habilitación de los servicios de salud intramural, se lleven a cabo adecuaciones a su infraestructura y se adopten los estándares, guías y procedimientos del sistema obligatorio en calidad en salud vigente para el país, aún no se apropia un plan que de alcance a las expectativas y necesidades de la población reclusa. Esto sin lugar a dudas genera relaciones asimétricas entre la Entidad, el prestador y el recluso.

Desde esta realidad, se precisa que la preocupación en la actualidad es la destinación de esfuerzos hacia la oferta de servicios sanitarios, antes que vislumbrar la calidad de los mismos.

Por lo tanto y a la luz de esto, dar garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud intramural, sería posible en la medida que se mejoraran las capacidades sanitarias del sistema y se solventaran los problemas de organización y prestación de los servicios de salud en prisión.

Figura 4-43. Resultados medición indicadores FESP 9 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

FESP 10: Investigación en salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario

Los indicadores evaluados fueron:

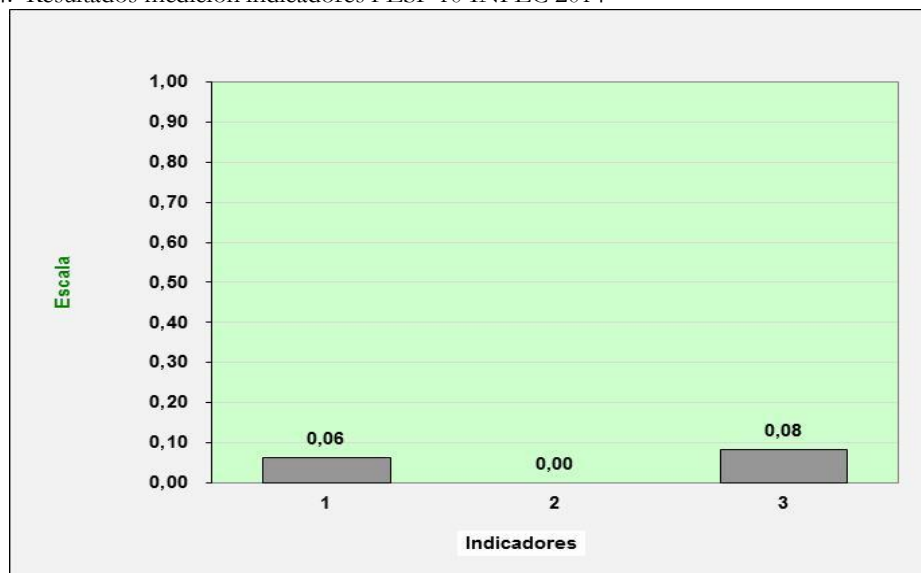
- 1) Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública
- 2) Desarrollo de la capacidad institucional de investigación en salud pública dentro del ámbito de prisiones
- 3) Asesoría y apoyo técnico para la investigación en salud pública en los niveles regionales y ERON's

Frente a los resultados alcanzados, figura 4-44, se denota que las funciones 1 y 3 logran puntajes muy bajos cercanos a cero, mientras que la puntuación del indicador 2 es nula. Lo que traduce que la toda medición de la función se localice en el cuartil de desempeño mínimo.

Esto se enfatiza por el hecho que la investigación epidemiológica y sanitaria en los diferentes niveles territoriales es precaria, en parte por la ausencia de una agenda investigativa que precise las líneas de abordaje que dé cuenta a las necesidades y problemas de salud existentes en las prisiones del país. Aunque se destaca que en los últimos años se han destinado esfuerzos institucionales para favorecer el trabajo interinstitucional, dando como resultado el abordaje investigativo de temas relacionados con eventos transmisibles (VIH y TB), eventos

crónicos no transmisibles, acciones de promoción de la salud, saneamiento ambiental y desarrollo del concepto de salud comunitaria Intramural.

Figura 4-44. Resultados medición indicadores FESP 10 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

De igual forma se puede reseñar que la Institución desconoce el tipo, utilidad y fines logrados con las investigaciones realizadas, dado que no hay un repositorio que posibilite su acopio y transferencia. Sin embargo en este respecto, se destaca que la Dirección de Atención y Tratamiento está planeando realizar un evento para favorecer la socialización de las investigaciones realizadas en diversas áreas de la cuestión penitenciaria y carcelaria.

Otro elemento que hay que tener en consideración es la apatía o desinterés que genera la problemática en prisiones, dado que menudo la sociedad desconocen los padecimientos que afrontan esta población o simplemente no es atrayente para generar procesos de transferencia social del conocimiento.

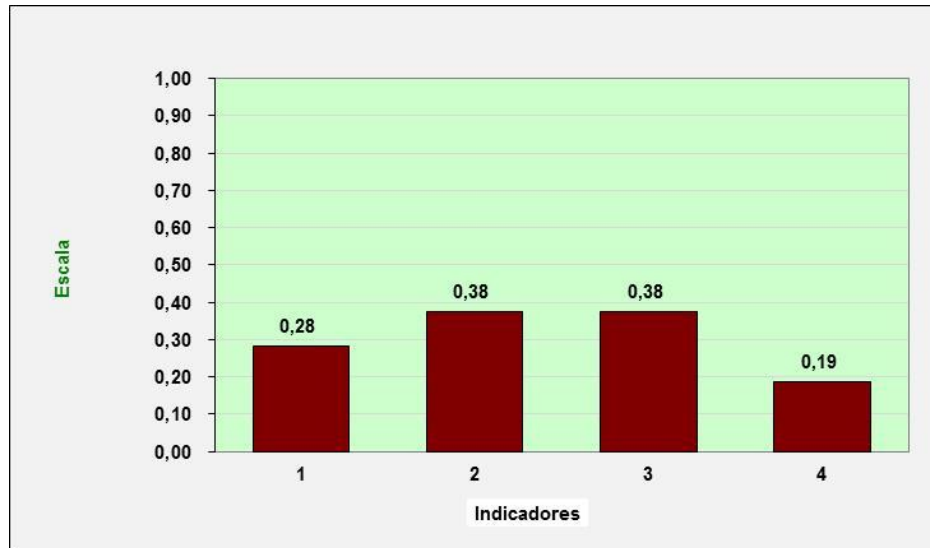
FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud dentro del sistema Nacional Penitenciario

Los indicadores evaluados fueron:

- 1) Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres en el sistema Nacional Penitenciario y Carcelario
- 2) Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud dentro del ámbito penitenciario
- 3) Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones
- 4) Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y los ERON's para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud en el ámbito de prisiones

Referido a la medición lograda, figura 4-45, se resalta que en conjunto de indicadores las mediciones presentan un nivel homogéneo, lo que resulta en que los indicadores 1, 2 y 3 se localicen en el cuartil de desempeño medio inferior. Tan solo el indicador 4 se quedó estacionado en el cuartil de desempeño mínimo, aunque su puntaje está cercano al intervalo superior.

Figura 4-45. Resultados medición indicadores FESP 11 INPEC 2014



Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Sin duda y en conjunto esta función tiene el puntuación más favorable de todo el proceso, toda vez que por la naturaleza de la Entidad y del servicio que presta, tiene dos respuestas contingentes, por un lado cuenta con los planes de seguridad y defensa y por otro dispone de planes de emergencias. Ambos apuntando a limitar efectos indeseados alrededor de la integridad y seguridad del recluso.

Es de destacar que la Dirección General y las dependencias responsables, han armonizado y ajustado los componentes de los planes en virtud a las indicaciones de las autoridades en la materia y en virtud a las directrices que rigen el Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

Como resultado de ello, constantemente se han realizado simulacros y capacitaciones para propender por la prevención y atención de emergencias.-contingencias que afecten la operabilidad institucional en los diferentes niveles territorial

De igual forma en materia sanitaria, se debe tener en cuenta el apoyo que prestan los Entes territoriales para abordar los brotes o emergencias en salud, posibilitado con ello, la intervención del riesgo sanitario y el restablecimiento de la seguridad sanitaria.

4.4.3 Comparación de la realidad institucional

Para concretar el diagnóstico institucional, a continuación se presentan una serie de resultados logrados como producto del proceso de comparación situacional, donde se confrontaron los resultados obtenidos por cada indicador frente al valor de referencia estándar y al valor de referencia nacional.

Este proceso comparativo se realizó desde tres aristas a saber: cumplimiento de resultados y procesos claves, desarrollo de capacidades e infraestructura y desarrollo de competencias descentralizadas. Cabe anotar que ésta comparación permite visualizar por cada indicador si éste se define como una debilidad-D o como una fortaleza-F.

a) Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves

Respecto al cumplimiento de los resultados y procesos claves, tabla 4-20, se puede destacar que la Entidad ha mostrado algún grado de avance en cuanto a la mejora de los resultados de salud, posiblemente porque el gobierno ha favorecido la modernización de la denominada sanidad penitenciaria, a través de un conjunto de acciones destinadas a optimizar la prestación y el aseguramiento en salud.

De igual forma, se resalta los valores logrados por los indicadores 4.1, 6.1 y 6.2, que les permitieron situarse en el cuartil de desempeño medio superior. De allí, que el indicador 6.2 sea considerado una fortaleza respecto al valor de referencia nacional; tal vez éste comportamiento se debe a que el INPEC ha fortalecido su capacidad de fiscalización o porque los Entes de control han impulsado acciones de mejora producto de su proceso de seguimiento institucional.

Sin embargo, denótese que para la mayoría de indicadores de esta categoría resultados son precarios, lo que permite suponer que aun la Institución está lejos de mostrar un desempeño adecuado en materia sanitaria.

Tabla 4-20. Resultados de la comparación indicadores en el “Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves” frente al estándar y al valor nacional de referencia

FESP	Valor Estándar de Referencia: 0,70 Valor Nacional de Referencia: 0,60	Valor del Indicador	Comparación	
	Indicadores		Estándar	Nacional
1	1.1 Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa	0,22	D	D
1	1.2 Evaluación de la calidad de la información en salud penitenciaria y carcelaria	0,44	D	D
2	2.1 Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública en los Establecimientos de Reclusión-ERON	0,00	D	D
2	2.4 Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública en prisiones	0,06	D	D
3	3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e	0,25	D	D

FESP	Valor Estándar de Referencia: 0,70 Valor Nacional de Referencia: 0,60	Valor del Indicador	Comparación	
	Indicadores		Estándar	Nacional
	intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables en los Establecimientos de Reclusión-ERON			
3	3.2 Construcción de alianzas sectoriales y extra-sectoriales para la promoción de la salud en el ámbito de prisiones	0,38	D	D
3	3.3 Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud en prisiones	0,25	D	D
3	3.4 Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción dentro de los ERON's	0,44	D	D
4	4.1 Fortalecimiento del poder de la comunidad penitenciaria y carcelaria en la toma de decisiones en salud pública	0,56	D	D
4	4.2 Fortalecimiento de la participación social en salud dentro del ámbito de prisiones	0,25	D	D
5	5.1 La definición nacional, regional y local de objetivos en salud pública dentro del ámbito de prisiones	0,11	D	D
5	5.2 Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública en prisiones	0,17	D	D
6	6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio que rige la gestión de la salud pública en prisiones	0,50	D	D
6	6.2 Hacer cumplir la normativa en salud penitenciaria y carcelaria	0,61	D	F
7	7.1 Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios en prisiones	0,13	D	D
7	7.3 Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios en prisiones	0,38	D	D
8	8.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública penitenciaria y carcelaria	0,21	D	D
8	8.3 Educación continua y permanente en salud pública en el ámbito de prisiones	0,00	D	D
8	8.4 Perfeccionamiento de los RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de la población reclusa	0,25	D	D
9	9.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos para la población reclusa	0,00	D	D
9	9.2 Mejoría de la satisfacción de la población reclusa con los servicios de salud	0,04	D	D
10	10.1 Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública	0,06	D	D
11	11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres en el sistema Nacional Penitenciario y Carcelario	0,28	D	D

FESP	Valor Estándar de Referencia: 0,70 Valor Nacional de Referencia: 0,60	Valor del Indicador	Comparación	
	Indicadores		Estándar	Nacional
11	11.2 Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud dentro del ámbito penitenciario	0,38	D	D
11	11.3 Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	0,38	D	D

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

Frente a las fortalezas tan solo el valor del indicador 6.2 de la FESP 6, referido a cumplimiento de la normativa en salud penitenciaria y carcelaria sobre pasa el valor de referencia nacional, esto derivado a que por ser una institución institucional debe velar por el marco legal vigente, ya sea por interés propio o incentivado por el seguimiento que ejercen los órganos de control en el país

b) Desarrollo de Capacidades e Infraestructura

Frente a la línea de desarrollo de capacidades e infraestructura, tabla 4-21, se evidencia que ningún indicador sobrepasó el cuartil de desempeño mínimo. Por lo tanto todos los resultados denotan debilidades. De otro lado, los niveles de medición logrados demuestran falencias marcadas en esta área, tan solo el indicador 1.3 logró llegar al cuartil de desempeño mínimo.

De igual forma, la comparación muestra que la totalidad de indicadores ponen de manifiesto limitaciones para el despliegue adecuado de la función institucional frente a la responsabilidad que le asiste al INPEC en el aseguramiento de la salud, integridad y bienestar de la población reclusa.

Por lo tanto, si la Institución desea propiciar el desarrollo de sus capacidades de intervención, debe propender por estructurar una política de salud pública y unas líneas de acción que respondan a sus realidades epidemiológicas e institucionales, además debe lograr el apoyo de los demás actores del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario.

Tabla 4-21. Resultados de la comparación indicadores en el “Desarrollo de Capacidades e Infraestructura” frente al estándar y al valor nacional de referencia INPEC 2014

FESP	Valor Estándar de Referencia: 0,70 Valor Nacional de Referencia: 0,60	Valor del Indicador	Comparación	
	Indicadores		Estándar	Nacional
1	1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa	0,25	D	D
1	1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa	0,13	D	D
2	2.2 Capacidades y experticia en epidemiología penitenciaria y carcelaria	0,00	D	D
2	2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública para el ámbito penitenciario y carcelario	0,00	D	D

FESP	Valor Estándar de Referencia: 0,70 Valor Nacional de Referencia: 0,60	Valor del Indicador	Comparación	
	Indicadores		Estándar	Nacional
5	5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública en prisiones	0,13	D	D
5	5.4 Gestión de la cooperación internacional en salud pública penitenciaria y carcelaria	0,00	D	D
6	6.3 Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio aplicable a la salud en prisiones	0,04	D	D
7	7.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población reclusa	0,08	D	D
8	8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en prisiones	0,13	D	D
9	9.3 Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública en el ámbito de prisiones	0,03	D	D
10	10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación en salud pública dentro del ámbito de prisiones	0,00	D	D

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

c) Desarrollo de Competencias Descentralizadas

En cuanto al desarrollo de competencias descentralizadas, estas en conjunto tienen un bajo nivel de desempeño respecto a las capacidades que regularmente tiene una Autoridad Territorial de Salud, posiblemente porque nunca el INPEC ha precisado su reforzamiento, no posee los respectivos recursos institucionales o simplemente carece de los instrumentos jurídicos pertinentes.

Sin embargo, no se puede desconocer que en algún grado el INPEC promueve la integración territorial, la cual es lograda mediante el flujo de información o la ejecución en conjunto de planes institucionales; en este respecto, cabe señalar que casi siempre los niveles territoriales (Regionales o ERON's) son dimensionados como unidades tramitadoras.

Complementariamente y frente a los resultados en concreto, tabla 4-22, todos son avizorados como debilidades, aunque se destaca el valor logrado para los indicadores 1.5, 2.5, 4.3, 8.5 y 11.4, lo que permite suponer que el INPEC si ha venido descentralizando en alguna medida algunas competencias en materia sanitaria.

Tabla 4-22. Resultados de la comparación indicadores en el “Desarrollo de Competencias Descentralizadas” frente al estándar y al valor nacional de referencia INPEC 2014

FESP	Valor Estándar de Referencia: 0,70 Valor Nacional de Referencia: 0,60	Valor del Indicador	Comparación	
	Indicadores		Estándar	Nacional
1	1.5 Asesoría y apoyo técnico a las Direcciones Regionales y ERON's en monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	0,25	D	D
2	2.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y ERON's en vigilancia	0,50	D	D

FESP	Valor Estándar de Referencia: 0,70 Valor Nacional de Referencia: 0,60	Valor del Indicador	Comparación	
	Indicadores		Estándar	Nacional
	de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública			
3	3.5 Asesoría y apoyo técnico a las Direcciones Regionales y los ERON's para fortalecer las acciones de promoción de salud.	0,08	D	D
4	4.3 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y los ERON's para fortalecer la participación social en salud dentro del ámbito de prisiones	0,17	D	D
5	5.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERON's en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública en prisiones	0,00	D	D
6	6.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos	0,08	D	D
7	7.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERON's en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud en prisiones	0,13	D	D
8	8.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERON's en el desarrollo de recursos humanos	0,25	D	D
9	9.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y ERON's para asegurar la calidad de los servicios	0,00	D	D
10	10.3 Asesoría y apoyo técnico para la investigación en salud pública en los niveles regionales y ERON's	0,08	D	D
11	11.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y los ERON's para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud en el ámbito de prisiones	0,19	D	D

Fuente: Elaboración del investigador, a partir de información recolectada y sistematizada en el instrumento OPS para la medición de las FESP

4.5 Dimensionamiento del diagnóstico situacional

Como producto del proceso de medición y del análisis de la evidencia documental consultada, a continuación se presenta la concreción del diagnóstico situacional tomando como referencia la metodología DOFA. Por ello, se identificaron los factores internos y externos que condicionaban el ejercicio de la salud pública penitenciaria.

Es de resaltar que el diagnóstico situó cómo enfoques de análisis, por un lado la perspectiva de organización territorial y por otro, la perspectiva de gestión institucional. De igual forma para cada una de ellas, se fijaron las correspondientes debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas.

Se aclara que los factores internos hacen referencia al conjunto de debilidades y oportunidades institucionales, y los factores externos precisan las fortalezas y las amenazas.

4.5.1 Análisis Interno: Debilidades

Tabla 4-23. Descripción de debilidades

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Debilidad
Territorial	Desarrollo de Competencias Descentralizadas	<p>DT-DCD-1: Competencias como Ente Territorial de Salud</p> <p>Aunque el INPEC haga presencia jurisdiccional en 28 departamentos, goce de autonomía presupuestal y administrativa, tenga a cargo una población intramural de 120.032 personas, ejerza la administración de la pena y ejecute el proceso de resocialización, carece de las competencias propias de los Entes Territoriales de Salud ¹³⁰, respecto al direccionamiento, coordinación y vigilancia del Sistema de Salud (Para nuestro caso sería el Sistema de Salud Penitenciario)</p>
Territorial	Desarrollo de Competencias Descentralizadas	<p>DT-DCD-2: Descentralización de funciones en Salud Pública</p> <p>Si bien el Nivel Central del INPEC ha transferido a las Direcciones Regionales y ERON's algunas facultades de carácter administrativo, financiero, operacional, entre otras., se manifiestan debilidades concernientes al despliegue y monitoreo de las acciones penitenciarias en salud pública, debido en parte a la ausencia de recursos físicos, financieros y humanos.</p> <p>A lo que se suma que los niveles regionales y locales (ERON's) han devenido en tramitadores territoriales, dejando de lado sus funciones como unidades planificadoras, ejecutoras y fiscalizadoras en salud pública.</p> <p>De igual forma, se identifica que el Nivel Central del INPEC dadas sus carencias y dinámicas internas, presta una limitada asesoría y apoyo técnico a sus niveles territoriales respecto al reforzamiento del actuar en salud pública, siendo más carente en temas relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones de promoción de la salud - Fiscalización en salud - Promoción del acceso equitativo a los servicios de salud intramural. - Desarrollo y formación de los recursos humanos en salud - Aseguramiento de la calidad de los servicios de salud - Desarrollo de investigación en salud pública - Desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública en prisiones.
Territorial	Desarrollo de Competencias Descentralizadas	<p>DT-DCD-3: Planes Territoriales de Salud y de Intervenciones Colectivas</p> <p>A pesar de que el INPEC cuenta en algún modo con algunos perfiles epidemiológicos y en el último tiempo, con algunos documentos que expresan el análisis de la situación de salud de las personas privadas de la libertad, se adolece por completo tanto de planes territoriales de salud</p>

¹³⁰ La definición de quienes son Entes territoriales se precisa en el artículo 286 de la Constitución Política Colombiana. frente a las atribuciones de los entes territoriales en materia sanitaria se debe analizar la prescrito en la ley 715 de 2001

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Debilidad
		<p>como de planes de intervenciones colectivas. Esta situación claramente es un obstáculo para gestionar asertivamente la mejora y protección de la salud individual y colectiva de la población reclusa.</p> <p>Se aclara que esta situación puede darse por que el INPEC no posee atribuciones propias de los Entes Territoriales de Salud.</p>
Gestión	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	<p>DG-DCI-1: Organización y funcionamiento Sistema de Salud Penitenciario</p> <p>Si bien la Sanidad Penitenciaria ha sido objeto de transformaciones y de una reorientación en su actuar, aún hoy se presentan coyunturas e imperfecciones debido a que las funciones de rectoría, prestación, aseguramiento y financiación se han desagregado en varias Entidades del Sistema, lo que posibilita un vacío y dicotomía institucional respecto a las competencias en salud pública.</p> <p>Esta situación puede ser evidenciable al analizar la Ley 1709 de 2014 y la Ley 65 de 1993, dónde claramente no se aprecian denominaciones acerca de qué Entidad asumirá la gestión de la salud pública penitenciaria.</p> <p>A la luz de esta investigación, las prescripciones normativas que reseña la Ley 1709 de 2014 tan solo dan cuenta de las responsabilidades a nivel de las acciones individuales en salud, dejando de lado lo concerniente a las acciones colectivas.</p> <p>En citada ley, se dimensiona además la construcción de un modelo de atención que deberá tener tres componentes, una atención intramural, una extramural y una política de atención primaria en salud, pero no se deja claro si esto incluye las acciones en salud pública. También se evidencia que gracias a éste desarrollo normativo, el INPEC pierde estas funciones sanitarias, que a su vez son transferidas a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.</p> <p>Tampoco se deja claro quién asume el financiamiento de las acciones colectivas en salud pública, ya que la Ley 1709 enuncia la creación del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad con alcance tan solo al financiamiento de la prestación de los servicios médico-asistenciales.</p>
Gestión	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	<p>DG-DCI-2: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población reclusa</p> <p>La Institución por sí sola carece de las capacidades para dar cuenta de los problemas de salud que afectan a la población reclusa, derivado en parte a la desinstitucionalización de su función sanitaria y a la falta de mecanismos para lograr acopiar toda la información epidemiológica y sanitaria que poseen otros actores del Sistema de Salud Penitenciario, la Secretarías de Salud, el Ministerio de Salud, la Superintendencia de salud, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud.</p> <p>De otro lado, aunque se evidencia la producción de informes sobre la situación de salud de la población reclusa, estos presentan distorsiones o</p>

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Debilidad
		desfases que impiden conocer la situación real de salud.
Gestión/ Territorial	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	<p>DG/T-DCI-3: Vigilancia e investigación en salud Pública</p> <p>Un hecho notable es la falta de capacidades para dar trazabilidad y cobertura a las contingencias en salud dentro las prisiones de país, toda vez que se adolecen de protocolos, sistemas informacionales y personal idóneo para ello. Aunque el Ministerio de Salud construyó un documento técnico titulado “<i>Lineamientos generales del Ministerio de salud para la Vigilancia y Control de Eventos de Interés en Salud Pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios</i>”, no se evidencia su apropiación dentro del medio penitenciario del país.</p> <p>Además el INPEC no cuenta entre su planta de personal con una disponibilidad de epidemiólogos o personal sanitario que se dedique exclusivamente a la recolección, procesamiento y análisis de datos relacionados con el estado de salud de la población reclusa o con los factores-determinantes de la salud presentes en el medio intramural.</p> <p>De igual forma el INPEC no cuenta con una agenda investigativa que priorice las necesidades de investigación sanitaria, con lo cual no se posibilita conocer las causas reales de las contingencias en salud ni favorecer la construcción de medidas de contención del riesgo sanitario.</p>
Gestión/ Territorial	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	<p>DG/T-DCI-4: Gestión Institucional en Salud Pública</p> <p>Dada la distorsión en cuanto al direccionamiento que debe ejercer la Entidad en materia de Salud Pública, el INPEC no dedica grandes esfuerzos por conocer y tratar los problemas colectivos en salud.</p> <p>De hecho el nivel central cuenta con la Subdirección de Atención en Salud, que a su vez esta desprovista de herramientas y mecanismos que permitan dinamizar la salud pública a lo largo de los ERON's del País.</p> <p>Puede que el INPEC y el poco personal dedicados a la gestión en salud pública cuenten con toda la voluntad para optimizar el actuar sanitario de la Institución, pero se encuentran sujetos a las nuevas diatribas gubernamentales que obstaculizan su despliegue y por ende su fortalecimiento institucional.</p>
Gestión	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	<p>DG-DCI-5: Decisión asertiva en Salud Pública</p> <p>La decisión sanitaria en todos los niveles de gestión del INPEC se encuentra basada en las coyunturas propias del vivir de la Entidad, lo que claramente desfavorece sus resultados globales en salud.</p> <p>Frente a esto, se evidencia la falta de una política de salud pública coherente y alineada con las realidades sanitarias de las cárceles del país. Por tanto no se puede esperar que las decisiones estén soportadas en una plataforma estratégica en salud ni que se dé alcance con ellas a las problemáticas sanitarias existentes en el medio intramural.</p> <p>De igual forma, tampoco se encontró evidencia documental sobre la incorporación de evidencia técnica-científica que haya sido construida en el medio penitenciario, en el marco de la toma y ejecución de las decisiones en salud dentro de la Entidad.</p>
Gestión/ Territorial	Cumplimiento de Resultados y	DG/T-CRP-6: Planes, Programas y Proyectos en Salud Pública

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Debilidad
	Procesos	<p>La Entidad no cuenta con una estructura sólida que permita regular sus actuaciones en salud pública, ya que ante la carencia de una política y la nula concreción de unas líneas de acción sanitaria, no se pueden definir planes, programas ni proyectos que den cobertura a las necesidades y problemas de salud de la población reclusa.</p> <p>En este sentido, aunque el INPEC durante cada vigencia vislumbra objetivos, metas y actividades en salud pública dentro de sus planes de acción, estos no se encuentran armonizados con otros instrumentos estatales en la materia. (En concreto hay desarmonización frente a lo contenido en el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021)</p>
Gestión/ Territorial	Cumplimiento de Resultados y Procesos	<p>DG/T-CRP-7: Procesos y procedimientos en Salud Publica</p> <p>Aunque existen una serie de procedimientos que dan alcance a un conjunto de actividades en salud pública, estos se encuentran en desuso, están desactualizados o sencillamente no son ejecutados por los funcionarios a cargo.</p> <p>De otro lado, como no existe claridad normativa frente a las competencias en salud pública que el INPEC debe ejecutar, aún la Entidad no detalla con claridad cómo se suscriben los procesos sanitarios dentro del despliegue de su objeto misional.</p> <p>Cabe resaltar que la provisión de servicios de salud se enmarca dentro del proceso misional denominado Atención Social.</p>

Fuente: Elaboración del investigador.

4.5.2 Análisis Interno: Oportunidades

Tabla 4-24. Descripción de oportunidades

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Oportunidad
Territorial	Desarrollo de Competencias Descentralizadas	<p>OT-DCD-1: Desarrollo Normativo en Salud Publica</p> <p>Dado los vacíos legales, la Entidad puede emprender acciones Institucionales orientadas a que el Estado subsane las omisiones o carencias legales alrededor de los procesos de salud pública penitenciaria. Obteniendo con ello, la rectoría que le posibilite entre otras cosas,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estructurar y promocionar la política en salud publica - Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo de la salud publica penitenciaria - Generar acciones de intervención colectiva - Vigilar y estudiar la salud de la población reclusa - Gestionar recursos para el desarrollo de su gestión en salud pública. - Fortalecer sus acciones de fiscalización en salud publica - Fortalecer la acción sanitaria en los niveles regionales y locales
Gestión/ Territorial	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	<p>OG/T-DCI-1: Repotenciación Sanitaria</p> <p>En virtud a los vacíos legales y al campo fértil para apropiar los</p>

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Oportunidad
		procesos de salud pública, la Institución puede fortalecer sus capacidades sanitarias, mediante el desarrollo de una plataforma estratégica, la apropiación de recursos e instrumentos técnico-científicos y el desarrollo de todos los niveles de gestión respecto a las competencias sanitarias que le serían asignadas o heredadas.

Fuente: Elaboración del investigador.

4.5.3 Análisis Externo: Fortalezas

Tabla 4-25. Descripción de fortalezas

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Fortaleza
Territorial	Desarrollo de Competencias Descentralizadas	<p>FT-DCD-1: Redes Sociales e Interinstitucionales</p> <p>Producto de la medición de las capacidades para el ejercicio de la salud pública, se denotó que el INPEC es una Institución que propicia redes de trabajo social e interinstitucional, facilitando con ello reforzar su actuar misional.</p> <p>Este esquema colaborativo nace desde la misma convicción de trabajador penitenciario, que le posibilita contactar y generar agendas de trabajo conjunto de cara a dinamizar la acción institucional.</p> <p>En salud pública, se destaca el trabajo realizado con los Entes Territoriales de Salud respecto al estudio y contención de brotes epidemiológicos o el trabajo con el CICR que ha permitido generar acciones de fomento y promoción de la salud al interior de las cárceles del país.</p>
Gestión/ Territorial	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	<p>FT-DCI-1: Regulación y fiscalización Institucional</p> <p>El INPEC cuenta con varios sistemas de gestión que están orientados a la fiscalización y mejora continua, entre ellos el MECI (Modelo Estándar de Control Interno) y el Sistema de Gestión de la Calidad fundamentado en la NTC-GP 1000:2009, lo que le posibilita generar trazabilidad institucional de forma permanente.</p> <p>De igual forma, la Entidad y los Niveles Territoriales reciben continuas visitas de seguimiento y auditoría de parte de la Defensoría del Pueblo, los Entes Territoriales de Salud, la Procuraduría General de la Nación, La Contraloría General de la República y las Personerías, lo que le permite ser objeto de fiscalización y por ende, ser capaz regularizar sus actuaciones institucionales y el restablecimiento de derechos en la personas privadas de la libertad producto de las demandas sociales e institucionales.</p>
Gestión/ Territorial	Cumplimiento de Resultados y Procesos	<p>FG/T-CRP-1: Cumplimiento Institucional frente al Sector Justicia</p> <p>El INPEC se caracteriza por la generación de procesos de mejora continua, donde a través de planes de mejoramiento se impone metas respecto a la reorientación de su actuar y por ende de sus resultados institucionales.</p> <p>Además, el INPEC es una Entidad que tiene la capacidades</p>

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Fortaleza
		institucionales y vocacionales para asumir el reto de direccionar y desarrollar el campo de la salud pública al interior de los ERON's, llevándolo a convertirse en un referente latinoamericano.

Fuente: Elaboración del investigador.

4.5.4 Análisis Externo: Amenazas

Tabla 4-26. Descripción de amenazas

Perspectiva	Dimensión	Descripción de la Amenaza
Territorial	Desarrollo de Competencias Descentralizadas	AT-DCD-1: Integración Territorial Aunque los Entes Territoriales en Salud están facultados para asistir a los niveles territoriales del INPEC, puede darse la situación que ante la falta de acuerdos interinstitucionales o de agendas de trabajo en conjunto; la Entidad, las Regionales y los ERON's queden solos en la ardua tarea de solventar los problemas colectivos de salud.
Territorial	Desarrollo de Competencias Descentralizadas	AT-DCD-2: Función y Gestión Pública Dada la apatía social y el desinterés estatal frente a la cuestión penitenciaria, se posibilita que la función pública al interior del sistema y en especial la conferida al INPEC se precarice, imposibilitando el acompañamiento del Estado frente a la modernización y repotenciamiento de la función penitenciaria.
Gestión/ Territorial	Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	AG/T-DCI-1: Desinstitucionalización Sanitaria Si bien el gobierno ha venido organizando el Sistema de Salud Penitenciario, se ha evidenciado que el INPEC ha sido objeto de una desinstitucionalización sanitaria, ya que el gobierno transfirió funciones a una nueva Entidad, lo que desembocará en que su gestión en salud pública sea parsimoniosa, toda vez que no tiene las facultades ni los recursos para hacer frente a los problemas de salud presentes en las cárceles del país.
Gestión/ Territorial	Cumplimiento de Resultados y Procesos	AG/T-CRP-1: Veeduría social Otro hecho que amenaza al INPEC es la veeduría que hace la sociedad de cara a sus resultados en salud, que claramente no son su responsabilidad directa, pero de no clarificarse esto, sería objeto de un injusto juicio social, que podría poner en riesgo su existencia.

Fuente: Elaboración del investigador.

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Como producto del proceso investigativo se precisaron las siguientes conclusiones

Sobre el proceso de investigación en general

- Se evidenció que los abordajes investigativos de carácter sanitario son limitados y parciales. Toda vez que no existe una vocación investigativa para estudiar y resolver los problemas de salud que aquejan a las personas privadas de la libertad.
- Desde la esfera sanitaria, no hay demasiada información disponible, derivado en parte a la falta de un sistema de información que recopile, procese, analice y reporte el caudal de datos que generan las acciones ejercidas por el INPEC.
- A la información sanitaria disponible no se le puede dar validez total, ya que se presentan disfuncionalidades a la hora de su producción, transferencia y reporte; ligado posiblemente a la falta de protocolos que aseguren su conformidad.
- Se evidenció que el INPEC sufre un proceso de desinstitucionalización sanitaria, referida a la transferencia de sus funciones y responsabilidades a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.
- El marco legal, técnico, científico e institucional respecto al proceso de gestión de la salud pública penitenciaria es precario, ya que el existente se concentra principalmente en la atención individual, más no reseña aspectos propios del desarrollo de acciones colectivas en salud.
- Aunque el INPEC ejerce funciones propias de un Ente Territorial, la legislación en salud no contempla que ejerza la rectoría de la salud pública a nivel de la población reclusa.
- En el país no existe una política penitenciaria en salud pública, por lo tanto las acciones sanitarias en prisión se dan en virtud a unas líneas de acción que nacen como voluntad de la administración o de la respectiva contingencia, sin que estas se integren a una mira estratégica respecto al restablecimiento de derecho a la salud y al ambiente sano dentro de los Establecimientos del Reclusión.

Sobre la medición de las capacidades para el ejercicio de la salud pública: fortalezas

- Como fortaleza preponderante, se contabiliza el hecho que la Institución ha venido concentrando esfuerzos para vincular en sus procesos a la sociedad en general, un hecho destacable es el trabajo mancomunado con la red social de apoyo, que posibilita que varios actores sanitarios asistan a la Entidad en la contención de los principales problemas de salud pública.
- Otro punto positivo, es el conocimiento parcial que ha logrado la Institución respecto a las condiciones de salud de la población reclusa, apoyado principalmente en la asistencia dada por el Ministerio de Salud y el prestador de servicios de salud intramural.
- De igual forma se destaca la capacidad de regularización y fiscalización en salud, probablemente influenciado por el conjunto de acciones de auditoria, seguimiento y monitoreo que ha emprendido la Dirección General, a lo que se le suma el acompañamiento de los órganos de control para la mejora de los servicios de salud intramural.
- En cuanto a la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, la Institución contabiliza progresos respecto a la contención de brotes o epidemias intramurales, en parte por la asistencia de los Entes Territoriales de Salud para hacer frente a la causa. Además se debe tener en cuenta que el INPEC por su naturaleza tiene armonizado y coordinado su actuar contingente respecto a los planes distritales y nacionales de atención y prevención de emergencias.
- Respecto a la promoción de la salud, se destaca la preocupación de la Institución por incentivar los hábitos y estilos de vida saludables en los Establecimientos de Reclusión, a partir de la oferta de diversas actividades del orden recreativo, deportivo, cultural y de fomento de la salud.

Sobre la medición de las capacidades para el ejercicio de la salud pública: debilidades

- la Institución presenta una generalizada debilidad estructural y funcional frente a las problemáticas sanitarias que debe hacer frente, posiblemente como resultado del proceso de desinstitucionalización sanitaria.
- Otro hecho de interés, es la disparidad entre los procesos sanitarios desarrollados en las prisiones frente a los desarrollados para la población libre. Hecho evidenciable al comparar los resultados del INPEC, frente a los resultados calculados para los Entes Territoriales de Antioquia, Valle y Caldas.
- De forma global las debilidades se concentran en materia de la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, el desarrollo de recursos humanos y capacitación, en la vigilancia de salud pública y control de riesgos, en el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión, el desarrollo investigación epidemiológica y sanitaria y en la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, todo ello derivado de las carencias técnicas, científicas, institucionales y presupuestarias que afronta el INPEC para desarrollar su competencias y responsabilidades en la materia.

Sobre la concepción de la prisión y la salud

- La prisión en sí conforma como un ambiente patógeno, que recibe una población infractora precarizada y vulnerable, que además presenta malas condiciones de salud.
- Situar la mirada sobre la denominada demografía penitenciaria posibilita entre otras cosas, el descubrimiento de un sinnúmero de dinámicas poblacionales que refieren a la sobrepoblación de los sistemas de prisiones, además de una inquietante proyección demográfica que va en aumento, a raíz de la creciente y marcada criminalidad mundial.
- La nueva dinámica demográfica en prisiones, ha localizado tres hechos de interés, por un lado la degradación de los ambiente intramurales, sumado a la dificultad para para administrar las medidas de seguridad y por último la desestructuración de los procesos de atención integral y tratamiento penitenciario.
- En la actualidad los sistemas de sanidad penitenciaria afrontan diversas coyunturas, relacionadas la mayor parte de las veces con el aumento de la población reclusa, la carga de enfermedad que lleva la población infractora y la carencia de políticas estatales que promuevan el desarrollo de los sistemas y la infraestructura penitenciaria.
- El aumento de la población carcelaria no va acompañado por un aumento progresivo de las capacidades penitenciarias, lo más crítico se identifica en la limitación de la infraestructura y del talento humano para atender esta población.
- La degradación de los ambiente internos promueve inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias, lo que favorece la transmisión de enfermedades
- Las enfermedades transmisibles son los eventos de salud que más generan carga de enfermedad dentro del ámbito de prisiones, esto debido a la presencia e influencia de algunos factores-determinantes de la salud relacionados con las condiciones de hacinamiento, la insalubridad, las conductas de riesgo, la precaria asistencia sanitaria y el ingreso frecuente de infractores portadores de un espectro importante de enfermedades infectocontagiosas.

5.2 Recomendaciones

Como parte del proceso investigativo se recomienda:

- Clarificar las funciones de rectoría y direccionamiento estratégico del sistema de salud en prisiones, en especial en materia de salud pública, ya que se debe dotar al INPEC de todas las herramientas del orden técnico-científico e institucional para garantizar la movilización de sus capacidades y recursos organizacionales en pro de mejorar la salud de la población privada de la libertad.
- Solicitar que su vocación institucional sea visualizada desde la óptica de los Entes Territoriales de Salud, a fin de facilitar la transferencia de recursos y el desarrollo de las capacidades institucionales.
- Construir y documentar una política en salud pública penitenciaria destinada a dar alcance a las problemáticas de salud más recurrentes.
- Incorporar la estrategia de cárceles saludables a la gestión institucional, regularizada por las funciones esenciales de salud pública y apoyada en el reforzamiento institucional en materia sanitaria.

- Incentivar la apropiación de las funciones esenciales de salud pública como parte de la política penitenciaria, destinado a fijar las líneas de acción que deben ser desarrolladas a fin de garantizar la salud, integridad y bienestar de la población reclusa.
- Desarrollar el ejercicio de medición de forma extensiva, haciendo parte a todas las 6 Direcciones Regionales y los 138 Establecimientos de Reclusión. También con el concurso de los demás actores del Sistema Nacional Penitenciario, a fin de conocer sus opiniones y premisas acerca de la capacidad institucional frente a los retos que le impone las realidades sanitarias de la población reclusa.
- Realizar un ajuste técnico y metodológico a las directrices establecidas por la OPS, para garantizar que las preguntas madre, y los niveles de sub-medición recojan todas las realidades de la gestión sanitaria dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario.
- Incentivar la cultura de la medición institucional en lo que respecta al logro de los objetivos y metas en salud, en especial a la retroalimentación asertiva de las debilidades y a la potenciación de las fortalezas.
- Incentivar la construcción de una agenda investigativa de carácter nacional, que promueva el estudio y solución de los principales problemas de salud.

Anexo A: Categorías y aspectos a evaluar del orden higiénico, sanitario y ambiental en el ámbito penitenciario y carcelario

No. categoría	Categoría	Aspecto a verificar	Estructura 1	Estructura 2	Estructura 3
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-1. El establecimiento está ubicado en un lugar alejado de focos de insalubridad o contaminación.	1	1	1
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-2. Los techos, paredes y muros son resistentes, sin grietas, sin signos de filtración y de fácil limpieza.	1	1	1
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-3. Los pisos son impermeables de fácil limpieza, desinfección y con sistemas apropiados para el drenaje de aguas.	2	2	2
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-4. Las escaleras, rampas y vías de acceso son seguras.	1	1	1
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-5. Se cuenta con señalización y demarcación de áreas internas y comunes.	1	1	1
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-6. La iluminación natural o artificial en los espacios del establecimiento es adecuada a su uso.	1	1	1
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-7. La ventilación del establecimiento es adecuada para su uso.	1	1	1
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-8. Las instalaciones eléctricas están adecuadamente instaladas y protegidas.	1	1	1
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-9. Las instalaciones del almacenamiento de insumos y herramientas son adecuadas y seguras.	4	4	4
1	IF- Instalaciones Físicas	IF-10. Área de lavandería.	4	4	4
2	IS- Instalaciones Sanitarias	IS-1. Los servicios sanitarios se encuentran en correcto estado de funcionamiento.	1	1	1
2	IS- Instalaciones Sanitarias	IS-2. Los servicios sanitarios son construidos en materiales de fácil lavado y desinfección.	1	1	1
2	IS- Instalaciones Sanitarias	IS-3. Cuenta con suficientes recipientes para la recolección de residuos, elaborados en material rígido con tapa y con bolsa plástica.	1	1	1
2	IS- Instalaciones Sanitarias	IS-4. Los servicios sanitarios del establecimiento están dotados con los elementos para la higiene personal.	1	1	1
2	IS- Instalaciones Sanitarias	IS-5. En los baños se garantizan las condiciones de aseó y mantenimiento	1	1	1
3	AAP- Abastecimiento Agua Potable	AAP- 1. Tanque de almacenamiento de agua	1	1	1
3	AAP- Abastecimiento Agua Potable	AAP- 2. El tanque para el almacenamiento de agua potable se encuentra protegido.	1	1	1
3	AAP- Abastecimiento Agua Potable	AAP-3. Se presenta protocolo de lavado y desinfección del tanque de almacenamiento de agua potable.	1	1	1

No. categoría	Categoría	Aspecto a verificar	Estructura 1	Estructura 2	Estructura 3
3	AAP- Abastecimiento Agua Potable	AAP-4. El suministro de agua y su presión es adecuado en todas las instalaciones.	2	2	2
3	AAP- Abastecimiento Agua Potable	AAP-5. El establecimiento garantiza agua apta para consumo humano (decreto 1575 de 2007 y resolución 2115 de 2007).	1	1	1
4	RS- Residuos Sólidos	RS-1. Cuenta con plan de gestión de residuos para el establecimiento (programas de reutilización, reducción, reciclaje, segregación en la fuente, capacitación, entre otros)	1	1	1
4	RS- Residuos Sólidos	RS-2. Cuenta con un sitio de almacenamiento temporal de residuos señalado, con separación por tipo de residuos , con equipo de extinción de incendio, con pisos con pendiente adecuada para el drenaje, punto de agua y de drenaje, paredes de fácil limpieza y desinfección.	2	2	2
4	RS- Residuos Sólidos	RS-3. Se cuenta con suficientes recipientes de material rígido con tapa y bolsa plástica bien ubicados e identificados en las fuentes de generación.	2	2	1
4	RS- Residuos Sólidos	RS-4. Los residuos son recolectados con la frecuencia necesaria.	1	1	1
4	RS- Residuos Sólidos	RS-5. El personal que maneja los residuos es dotado con los elementos de protección personal.	1	1	1
4	RS- Residuos Sólidos	RS-6. Los contenedores están contruidos en material rígido, impermeable, de fácil limpieza y resistentes a la corrosión.	1	1	1
4	RS- Residuos Sólidos	RS-7. Realiza procedimientos periódicos de limpieza y desinfección en el almacenamiento de residuos.	2	1	1
4	RS- Residuos Sólidos	RS-8. Cuenta con la aprobación y revisión del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios por parte de la autoridad sanitaria.	2	4	4
4	RS- Residuos Sólidos	RS-9. Se evidencia la implementación de todos los componentes del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.	2	4	4
5	RL- Residuos Líquidos	RL-1. Se cuenta con sistemas sanitarios para la recolección y disposición de aguas residuales.	1	1	1
5	RL- Residuos Líquidos	RL-2. Los canales, sifones y drenajes de aguas se encuentran sin taponamiento y en buen estado.	2	1	2
5	RL- Residuos Líquidos	RL-3. Se realiza mantenimiento periódico a los sistemas sanitarios para la recolección y disposición de aguas residuales.	2	1	2
6	AR- Areas de Recreación	AR-1. Existen áreas para la recreación de los internos.	1	1	1
6	AR- Areas de Recreación	AR-2. Las áreas de recreación están libres de escombros y/o obstáculos.	1	1	1
6	AR- Areas de Recreación	AR-3. Todas las estructuras reciben mantenimiento preventivo y correctivo.	1	2	2
7	CV- Control de Vectores	CV-1. Se cuenta con programa de control integral de vectores plaga.	1	1	1
7	CV- Control de Vectores	CV-2. El control de vectores es realizado por una empresa particular.	1	1	1
7	CV- Control de Vectores	CV-3. La Empresa encargada de realizar el control de plagas, cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	1	1	1
7	CV- Control de Vectores	CV-4. Se tienen las hojas de seguridad y fichas técnicas de los productos utilizados en el control de vectores.	1	1	1
7	CV- Control de Vectores	CV-5. En el caso que el establecimiento realice el control de plagas con su personal, este cumple con lo establecido en el Decreto 1843 de 1991.	2	3	3
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-1. Los techos, paredes y muros son resistentes, sin grietas, sin signos de filtración y de fácil limpieza.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-2. Los pisos son impermeables de fácil limpieza, desinfección y con sistemas apropiados para el drenaje de aguas.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-3. Las escaleras, rampas y accesos son seguros.	2	2	1

No. categoría	Categoría	Aspecto a verificar	Estructura 1	Estructura 2	Estructura 3
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-4. La iluminación natural o artificial en los espacios es adecuada para su uso.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-5. La ventilación es adecuada para su uso.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-6. El número de personas por celda está acorde con las condiciones y capacidad.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-7. Las instalaciones se mantienen en buen estado de presentación, orden y limpieza.	2	1	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-8. Las instalaciones y redes eléctricas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas y señalizadas de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-9. Existen aparatos sanitarios en número y tipo de acuerdo con la cantidad de internos.	2	2	1
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-10. Los servicios sanitarios se encuentran en correcto estado de funcionamiento, orden y limpieza.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-11. Los servicios sanitarios son construidos materiales de fácil lavado y desinfección.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-12. Cuenta con suficientes recipientes para la recolección de residuos, elaborados en material rígido.	2	2	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-13. Cuenta con servicios sanitarios para uso de personas con discapacidad o con movilidad reducida.	4	4	2
8	CHPC- Condiciones habitacionales patios y celdas	CHPC-14. Los internos cuentan con elementos para la higiene personal.	2	1	1
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-1. Existen avisos alusivos a medidas de seguridad necesarias para el desarrollo de la actividad.	2	2	3
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-2. Hay disponibilidad de elementos de protección personal.	1	2	3
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-3. Se realizan actividades de barrido, limpieza y desinfección de las diferentes áreas.	3	2	1
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-4. Se realizan mantenimientos preventivos y correctivos para cada área, sección y equipo.	1	2	3
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-5. Se realiza disposición de residuos sólidos de acuerdo al tipo de residuo generado en cada actividad.	3	2	1
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-6. El sitio de almacenamiento de sustancias y productos químicos cumple con la normatividad vigente.	3	3	3
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-7. Se cuentan con hojas de Seguridad de las sustancias y los productos químicos utilizados	3	3	3
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-8. Señalización, rotulado y etiquetado de recipientes que contenga sustancia y productos químicos.	3	3	3
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-9. Poseen sistemas de contención de derrames de sustancia y productos químicos.	3	3	3
9	CT- Condiciones de Trabajo	CT-10. Las instalaciones y redes eléctricas están construidas, instaladas, accionadas y señalizadas de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.	2	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CTP-11. La construcción está diseñada a prueba de roedores y de insectos.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-12. El establecimiento dispone de servicios sanitarios en cantidad suficiente para el personal que labora allí	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-13. Los servicios sanitarios están debidamente dotados (toallas, jabón, papel higiénico) y en buen estado de funcionamiento.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-14. Existen sifones o rejillas de drenaje adecuadas y en buen estado.	3	1	1

No. categoría	Categoría	Aspecto a verificar	Estructura 1	Estructura 2	Estructura 3
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-15. Las aguas de lavado y servido no ocasionan molestias ni contaminación del entorno.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-16. Las paredes, pisos y techos son de material sanitario y se encuentran limpios y en buen estado.	3	2	2
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-17. Las instalaciones eléctricas están debidamente aisladas y protegidas.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-18. Existe un plan de saneamiento por escrito con los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos sólidos y líquidos, control de plagas, abastecimiento de agua potable que cuente con procedimientos, listas de chequeos y registros diarios de los procesos y se pone en práctica.	3	2	2
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-19. El agua utilizada en el establecimiento es potable	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-20. El suministro de agua y su presión es adecuado para todas las operaciones.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-21. El tanque de almacenamiento de agua está protegido y es de capacidad suficiente, se limpia y desinfecta periódicamente.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-22. Existen recipientes suficientes, adecuados, bien ubicados e identificados para la recolección interna de desechos sólidos o basuras. Se encuentran con tapa.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-23. Las basuras son retiradas con la frecuencia necesaria para evitar generación de olores, molestias sanitarias, contaminación de producto y/o superficies y proliferación de plagas.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-24. El manejo de los residuos líquidos dentro del establecimiento no representa riesgo de contaminación para los alimentos ni para las superficies en contacto con éstos.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-25. No hay evidencia o huellas de la presencia o daños ocasionados por plagas.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-26. Se utilizan sustancias adecuadas para los procesos de limpieza y desinfección.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-27. Se cuenta con sitio independiente para el almacenamiento de elementos de aseo y productos químicos debidamente rotulados y asegurados.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CT-28. Los productos químicos utilizados (desinfectantes, detergentes, plaguicidas) se encuentran rotulados y almacenados en un sitio alejado, protegido.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los pisos están contruidos con materiales que no generan sustancias o contaminantes tóxicos, resistentes, no porosos, impermeables no absorbentes, no deslizantes y con acabados libres de grietas o defectos que dificulten la limpieza, desinfección y mantenimiento sanitario.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Las paredes son de material resistente, impermeable, no absorbente, de fácil limpieza y desinfección, posee acabados lisos y sin grietas hasta una altura adecuada.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los techos están diseñados de manera que se evite la acumulación de suciedad, la condensación, la formación de hongos, el desprendimiento superficial y facilite la limpieza y el mantenimiento.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. No existe presencia de animales domésticos o de personal diferente a los manipuladores de alimentos.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. La temperatura ambiental y ventilación del área de preparación y ensamble de alimentos es adecuada, no afecta la calidad del producto, evita la condensación y no incomoda al personal	3	2	2

No. categoría	Categoría	Aspecto a verificar	Estructura 1	Estructura 2	Estructura 3
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Se cuenta con adecuada iluminación en calidad e intensidad (natural o artificial) las lámparas cuentan con protección.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los equipos y superficies en contacto con el alimento están fabricados con materiales inertes, no tóxicos, resistentes a la corrosión no recubiertos con pinturas o materiales desprendibles y son fáciles de limpiar y desinfectar.	3	2	2
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Equipos como licuadoras, rebanadoras, procesadoras, mezcladoras, peladoras, molinos, y similares son lavados desinfectados después de su uso. Los accesorios o partes en contacto con los alimentos son desarmados, lavados y desinfectados después de cada jornada.	3	2	2
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Las materias primas o alimentos se reciben en un lugar limpio y protegido del medio ambiente.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los alimentos o materias primas se lavan con agua potable corriente antes de la preparación.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Se realizan controles de temperatura y se llevan registros escritos.	3	1	2
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los alimentos perecederos tales como la leche y sus derivados, carne, preparados y productos de la pesca, se almacenan en recipientes separados bajo condiciones de refrigeración y/o congelación adecuadas.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los alimentos proceden de proveedores que garanticen su calidad.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Las superficies para el picado son de material sanitario y se encuentran en condiciones de conservación de la higiene	3	1	2
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. El personal manipulador de alimentos tiene certificado médico y controles médicos periódicos.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los manipuladores de alimentos acreditan curso o capacitación en manejo higiénico de alimentos.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Todos los empleados que manipulen alimentos llevan uniforme adecuado de color claro, limpio y calzado cerrado.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Las manos de los trabajadores se encuentran limpias, sin joyas, uñas cortas y sin esmalte.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los manipuladores de alimentos evitan prácticas antihigiénicas tales como comer, fumar, toser, escupir o rascarse, etc.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los manipuladores de alimentos se lavan y desinfectan las manos cada vez que es necesario.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Existen avisos alusivos al lavado desinfección de manos (protocolo).	3	1	2
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los alimentos se encuentran en condiciones de conservación requeridas (congelación, refrigeración, medio ambiente), protegidos y separados para evitar la contaminación.	3	2	1
10	CHTP- Condiciones Higiénicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los alimentos se encuentran dentro de su vida útil y son aptos para el consumo humano.	3	1	1

No. categoría	Categoría	Aspecto a verificar	Estructura 1	Estructura 2	Estructura 3
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Los productos están envasados o empacados en condiciones técnicas sanitarias.	3	1	1
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Extintores señalizados y demarcados	3	1	2
10	CHTP- Condiciones Higienicas y de Trabajo en Panadería	CPEA-1. Botiquín de primeros auxilios	3	1	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 1. Los pisos están contruidos con materiales que no generen sustancias o contaminantes tóxicos, resistentes, no porosos, impermeables no absorbentes, no deslizantes y con acabados libres de grietas o defectos que dificulten la limpieza, desinfección y el mantenimiento sanitario..	2	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 2. Las paredes son de material resistente, impermeable no absorbente, de fácil limpieza y desinfección, poseen acabados lisos y sin grietas hasta una altura adecuada.	2	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 3. Los techos están diseñados de manera que se evite la acumulación de suciedad, la condensación, la formación de hongos, el desprendimiento superficial y facilite la limpieza y el mantenimiento.	2	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 4. Las instalaciones eléctricas presentan plafones en buen estado, tomas, interruptores y cableado protegido.	2	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 5. Se cuenta con adecuada iluminación en calidad e intensidad (natural o artificial) las lámparas cuentan con protección.	2	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 6. Los alrededores se conservan en perfecto estado de aseo, libres de acumulación de basuras, formación de charcos o estancamientos de agua.	2	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 7. El área está diseñada y construida para evitar la presencia e insectos y roedores	2	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 8. Existe un plan de saneamiento por escrito con el programa de limpieza y desinfección que cuente con procedimientos, listas de chequeos y registros diarios de los procesos y se pone en práctica.	2	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 9. Se utilizan sustancias adecuadas para los procesos de limpieza y desinfección.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 10. El lavado de utensilios se realiza con agua potable, jabón o detergente y cepillo y se desinfectan permanentemente.	2	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 11. Se cuenta con sitio independiente para el almacenamiento de elementos de aseo y productos químicos debidamente rotulados y asegurados.	4	3	4
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 12. Los residuos sólidos son retirados frecuentemente del área.	2	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 13. Existen recipientes suficientes, adecuados, separados por tipo de residuos, bien ubicados con tapa identificados para la recolección interna de desechos sólidos.	2	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 14. El manejo de los residuos líquidos dentro del área de reparto no representa riesgo de contaminación para los alimentos ni para las superficies en contacto con estos.	2	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 15. Existen factores de riesgo que puedan generar la presencia y proliferación de artrópodos y roedores	2	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 16. El agua utilizada es potable.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 17. El suministro de agua y su presión es adecuado para todas las operaciones.	2	3	2

No. categoría	Categoría	Aspecto a verificar	Estructura 1	Estructura 2	Estructura 3
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 18. Mantenimiento de alimentos a temperaturas por debajo de 4 °C o por encima de 65°C según lo requieran	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 19. Se usan utensilios que minimicen el contacto directo de las manos con el alimento, tales como cucharones, pinzas, tenedores, etc.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 20. Los equipos y superficies en contacto con el alimento están fabricados con materiales inertes, no tóxicos, resistentes a la corrosión no recubiertos con pinturas o materiales desprendibles y son fáciles de limpiar y desinfectar.	1	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 21. El personal manipulador de alimentos tiene certificado médico y controles médicos periódicos.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 22. Los manipuladores de alimentos acreditan curso o capacitación en manipulación higiénica de alimentos.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 23. Los empleados que manipulan alimentos utilizan uniformes adecuados de color claro (gorro, blusa y delantal), limpio, y calzado cerrado.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 24. Las manos de los trabajadores se encuentran limpias, sin joyas, uñas cortas y sin esmalte.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 25. Los manipuladores alimentos evitan prácticas antihigiénicas tales como comer, fumar, toser, escupir o rascarse, etc.	1	3	1
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 26. Los manipuladores de alimentos se lavan y desinfectan las manos cada vez que sea necesario.	1	3	2
11	ARA- Areas de Reparto de Alimentos	ARA- 27. Existen avisos alusivos al lavado y desinfección de manos (protocolo).	1	3	2
12	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	PED- 1. El establecimiento cuenta con plan de emergencias por escrito e implementado.	1	1	1
12	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	PED- 2. Se cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y están señalizados.	1	1	1
12	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	PED- 3. Cuenta con el concepto de bomberos.	1	1	1
12	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	PED- 4. Existe botiquín de primeros auxilios.	1	1	1
12	PED- Prevención de Emergencias y Desastres	PED- 5 .Las áreas de circulación se encuentran claramente demarcadas y señalizadas, tienen la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y están provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes.	2	2	2
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	VEPI-1. reporte de eventos de interés en salud pública presentados en los últimos meses.	3	4	1
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	VEPI-2. Se registran y se notifican los eventos de intoxicaciones o enfermedades de origen alimentario.	3	4	2
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	VEPI-3. Se registran y se notifican los eventos de Inmunoprevenibles (sarampión, rubeola parotiditis, varicela hepatitis A, meningitis), adenovirus (ERA, EDA) dermatológicos.	3	4	1
13	VEPI- Vigilancia Epidemiológica	VEPI-4. Se tienen registros de laboratorio donde se monitorea la calidad del agua y de los alimentos.	3	1	1

Anexo B: Resultados proceso de medición de las funciones esenciales de salud pública en el ámbito penitenciario

FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional									
PUNTAJE FINAL FESP 1									0,26
PUNTAJE FINAL INDIVIDUAL FESP 1:									Puntaje por Indicador
	ERON 1	ERON 2	DIR 1	DIR 2	NAL 1	NAL 2	NAL 3	NAL 4	
1.1 Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa	0,25	0,25	0,00	0,10	0,60	0,05	0,35	0,05	0,22
1.1.1 El INPEC de forma directa o por intermedio de los prestadores del servicio de salud en los ERON: ¿Ha desarrollado o empleado guías para medir y evaluar el estado de salud de la población reclusa?	0	0	0	0	1	1	1	1	
1.1.2 El INPEC ¿Identifica y actualiza anualmente los datos recolectados en un perfil del estado de salud de la población Reclusa a nivel nacional	0	0	0	0	1	0	0	0	
1.1.3 El INPEC ¿Utiliza el perfil del estado de salud para evaluar las necesidades de salud, evaluar inequidades, monitorear tendencias en el estado de salud o la prevalencia de los factores de riesgo o el uso de los servicios de salud, entre otras	0	0	0	0	0	0	0	0	
1.1.4 El INPEC ¿Difunde la información sobre el estado de salud de la población reclusa? (ya sea por intermedio e informes periodicos, socialización de resultados o evaluación del uso regular de la misma por parte de los interesados?)	1	1	0	0	0	0	0	0	
1.2 Evaluación de la calidad de la información en salud penitenciaria y carcelaria	1,00	1,00	0,00	0,50	0,50	0,00	0,50	0,00	0,44
1.2.1 ¿Existe una instancia para la evaluación de la calidad de la información sanitaria producida en el Sistema penitenciario y carcelario?	1	1	0	0	0	0	1	0	
1.2.2 ¿Existe una Instancia, area o departamento nacional de estadísticas de la que forme parte el INPEC que propenda por mejorar la gestión de la información?	1	1	0	1	1	0	0	0	
1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25
1.3.1 El INPEC ¿Emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística?	1	1	0	0	0	0	0	0	
1.3.2 El INPEC en las Direcciones Regionales o Establecimientos de Reclusión ¿Emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística?	1	1	0	0	0	0	0	0	
1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población reclusa	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,13
1.4.1 El INPEC de forma directa o por intermedio de los prestadores del servicio de salud ¿Utiliza recursos computacionales para monitorear el estado de salud de la población reclusa del país?	0	0	0	0	1	0	0	0	
1.5 Asesoría y apoyo técnico a las Direcciones Regionales y ERON's	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,25
1.5.1 Durante los últimos doce meses, El INPEC ¿Ha asesorado a uno o más Direcciones Regionales o ERON en materia de recolección y análisis de datos?	0	0	0	0	1	0	1	0	
1.5.2 Durante los últimos doce meses, el INPEC ¿Ha disseminado información a las Direcciones Regionales, los ERON's y otros usuarios del sistema nacional penitenciario y carcelario de la misma de manera periódica y constante?	0	0	0	0	1	0	1	0	

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública penitenciaria									
PUNTAJE FINAL FESP 6:									
	ERON 1	ERON 2	DIR 1	DIR 2	NAL 1	NAL 2	NAL 3	NAL 4	0,31
PUNTAJE INDIVIDUAL FINAL FESP 6:									
6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio que rige la gestión de la salud pública en prisiones									
6.1.1 El INPEC ¿Cuenta con experiencia en la redacción de leyes y regulaciones dirigidas a la protección de la salud pública de las personas privadas de la libertad?	0,00	0,00	0,00	0,42	0,31	0,54	0,33	0,25	0,50
6.1.2 El INPEC ¿Revisa la normativa dirigida a la protección de la salud y seguridad de la población reclusa?	0	0	0	1	0	1	1	1	
6.1.4 ¿Lidera el INPEC los esfuerzos por modificar las leyes y regulaciones de acuerdo a los resultados de la revisión?	0	0	0	1	0	0	1	1	
6.2 Hacer cumplir la normativa en salud penitenciaria y carcelaria									
6.2.1 El INPEC ¿Desarrolla procesos sistemáticos para hacer cumplir la normativa existente?	0,00	0,00	0,00	0,67	1,00	1,00	0,67	0,33	0,61
6.2.2 El INPEC ¿Educa acerca de normas de salud pública y estimula su cumplimiento?	0	0	0	1	1	1	1	0	
6.2.3 El INPEC ¿Desarrolla y usa políticas y planes dirigidos a la prevención de la corrupción en el sistema de salud pública?	0	0	0	0	1	1	0	1	
6.3 Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio aplicable a la salud en prisiones									
6.3.1 El INPEC ¿Posee la capacidad institucional suficiente para ejercer las funciones normativa y fiscalizadora?	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,04
6.3.2 ¿Cuenta con procedimientos y recursos para hacer cumplir la normativa en salud?	0	0	0	0	1	0	0	0	
6.3.3 ¿Asegura la disponibilidad de cursos de entrenamiento para el personal de fiscalización?	0	0	0	0	0	0	0	0	
6.3.4 ¿Evalúa su capacidad y experiencia para redactar leyes y reglamentos de salud pública?	0	0	0	0	0	0	0	0	
6.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos									
6.4.1 El INPEC a través de la subdirección de atención en salud ¿Provee asistencia a los niveles regionales y los ERONs para la generación de normas y reglamentos de protección de la salud?	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,08
6.4.2 El INPEC a través de la subdirección de atención en salud ¿Provee orientación y apoyo a los niveles regionales y los ERONs en materia de fiscalización en salud pública en su área de competencia?	0	0	0	0	0	1	0	0	

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios dentro del Sistema Nacional Penitenciario Carcelario									
PUNTAJE FINAL FESP 7:									
	ERON 1	ERON 2	DIR 1	DIR 2	NAL 1	NAL 2	NAL 3	NAL 4	0,18
PUNTAJE INDIVIDUAL FINAL FESP 7:									
7.1 Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios en prisiones									
7.1.1 El INPEC ¿Conduce una evaluación nacional del acceso a los servicios de salud colectivos necesarios?	0,00	0,00	0,00	0,27	0,27	0,50	0,13	0,25	0,13
7.1.2 El INPEC ¿Conduce una evaluación nacional del acceso a servicios de salud individuales?	0	0	0	0	0	0	0	0	
7.1.3 El INPEC ¿Identifica las barreras de acceso a los cuidados de salud?	0	0	0	1	1	0	0	0	
7.1.4 El INPEC ¿Usa los resultados de la evaluación para promover la equidad en el acceso a servicios de salud esenciales?	0	0	0	0	0	0	1	0	
7.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población reclusa									
7.2.1 ¿Tiene el INPEC personal especializado en programas de acercamiento a la comunidad dirigidos a mejorar la utilización de los servicios de salud por parte de la población Reclusa?	0,00	0,00	0,00	0,33	0,33	0,00	0,00	0,00	0,08
7.2.2 El INPEC ¿Tiene personal capaz de informar a los reclusos acerca del acceso a los servicios de salud?	0	0	0	0	1	1	0	0	
7.2.3 El personal del INPEC ¿Evalúa periódicamente su experiencia y capacidad para proveer mecanismos de acercamiento de la población reclusa a los servicios de salud individual y colectivos en forma efectiva?	0	0	0	0	0	0	0	0	
7.3 Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios en prisiones									
7.3.1 El INPEC ¿Desarrolla procesos de abogacía con otros actores para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios?	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	1,00	0,00	1,00	0,38
7.3.2 El INPEC ¿Ejecuta acciones directas para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios?	0	0	0	1	1	1	0	1	
7.3.2 El INPEC ¿Ejecuta acciones directas para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios?	0	0	0	0	0	1	0	1	
7.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERONs en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud en prisiones									
7.4.1 El INPEC ¿Asiste a los niveles regionales y de los ERONs en la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud necesarios?	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,13
7.4.1 El INPEC ¿Asiste a los niveles regionales y de los ERONs en la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud necesarios?	0	0	0	0	0	1	0	0	

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública penitenciaria y carcelaria									
PUNTAJE FINAL FESP 8:									
	ERON 1	ERON 2	DIR 1	DIR 2	NAL 1	NAL 2	NAL 3	NAL 4	0,17
PUNTAJE INDIVIDUAL FINAL FESP 8:									
8.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública penitenciaria y carcelaria									
8.1.1 El INPEC ¿Define las necesidades actuales de personal de salud pública?	0,47	0,47	0,00	0,00	0,13	0,07	0,13	0,07	0,21
8.1.2 El INPEC ¿Identifica las brechas a cubrir en materia de composición y disponibilidad de la fuerza de trabajo?	0	0	0	0	1	0	1	0	
8.1.3 El INPEC ¿Evalúa periódicamente la caracterización actual de la fuerza de trabajo en salud pública existente?	0	0	0	0	0	0	0	0	
8.1.4 El INPEC ¿Mantiene un inventario en función de un perfil predeterminado, actualizado de los puestos de trabajo que son necesarios para desempeñar funciones de salud pública?	0	0	0	1	0	1	0	1	
8.1.5 La evaluación de la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo por parte del INPEC ¿Involucra aportes de otras instituciones?	0	0	0	0	0	1	0	0	
8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en prisiones									
8.2.1 El INPEC ¿Desarrolla estrategias para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo?	0,33	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,13
8.2.2 El INPEC ¿Desarrolla estrategias para el fortalecimiento del liderazgo en salud pública?	0	0	0	0	0	0	0	0	
8.2.3 El INPEC ¿Cuenta con un sistema de evaluación del desempeño de los trabajadores de salud pública?	1	1	0	0	0	0	0	1	
8.3 Educación continua y permanente en salud pública en el ámbito de prisiones									
8.3.1 El INPEC ¿Orienta y promueve procesos de educación continua y permanente en salud pública acorde a sus realidades sanitarias e institucionales?	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8.3.1 El INPEC ¿Orienta y promueve procesos de educación continua y permanente en salud pública acorde a sus realidades sanitarias e institucionales?	0	0	0	0	0	0	0	0	
8.4 Perfeccionamiento de los RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de la población reclusa									
8.4.1 El INPEC ¿Conduce un proceso de adecuación de los recursos humanos para la entrega de servicios apropiados a las diferentes características de la población reclusa?	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25
8.4.1 El INPEC ¿Conduce un proceso de adecuación de los recursos humanos para la entrega de servicios apropiados a las diferentes características de la población reclusa?	1	1	0	0	0	0	0	0	
8.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y de los ERONs en el desarrollo de recursos humanos									
8.5.1 El INPEC ¿Asiste a los niveles regionales y de los ERONs en el desarrollo de los recursos humanos?	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25
8.5.1 El INPEC ¿Asiste a los niveles regionales y de los ERONs en el desarrollo de los recursos humanos?	1	1	0	0	0	0	0	0	

Referencias bibliográficas

- 1] Bedoya Lima, Jineth. Te hablo desde la Prisión, donde se huele y se respira la muerte. Intermedio Editores. 2010. Pág. 32.
- 2] Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. (Documento electrónico). Publicación Científica y Técnica No. 589. 2012. Prefacio.
- 3] Vázquez, Isabel Ramos. Arrestos, cárceles y prisiones en los derechos históricos españoles. (Libro electrónico) Gobierno de España, Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2008. Pág. 19
- 4] Foucault, Michel. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Siglo XXI, 1983.
- 5] Baltard, Louis Pierre. Architectonographie des prisons. (Libro electrónico) Auteur, 1829. Pág. 8. Referencia traducida por el investigador
- 6-7-25] Basaglia, Franco. Razón, locura y sociedad. (Libro electrónico) Siglo XXI, 1978. Pág. 16
- 8] Bentham, Jeremy, María Jesús Miranda, and Michel Foucault. El panóptico. Ed la Piqueta. (Libro electrónico). 1979. Pág. 33.
- 9] Goffman, Erwing. Internados. "Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores. (Libro electrónico). Buenos Aires. 1970. Pág. 13
- 10] Ferrer, Isabel. Pagar con cárcel y por la cárcel. Diario el País. (Artículo online) 18 de marzo de 2014. (Consultado el 1 de julio de 2014). Disponible en:
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/03/18/actualidad/1395177246_886869.html
- 11] Agence France-Presse. Cárceles latinoamericanas: barriles de pólvora a punto de explotar. Diario el tiempo. (Artículo periódico online). 17 de febrero de 2012 (Consultado el 19 de noviembre de 2013). Disponible en:
http://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11160361.html.
- 12] Uprimny, Rodrigo. Crisis carcelaria. Diario el espectador. (Artículo periódico online). 9 de febrero de 2013 (Consultado 5 de julio de 2013). Disponible en:
<http://www.elespectador.com/opinion/crisis-carcelaria-columna-403881>

- 13]** Idarraga, Gustavo. Hay que privatizar las cárceles. Diario el colombiano. (Artículo periódico online). Publicado el 10 de noviembre de 2013 (consultado el 4 de junio de 2013). Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/H/hay_que_privatizar_las_carceles/hay_que_privatizar_las_carceles.asp
- 14]** Colprensa. Reforma penitenciaria resolverá crisis carcelaria: Defensor del Pueblo. Diario el Colombiano (Artículo periódico online). Publicado el 22 de enero de 2014 (Consultado el 10 de julio de 2014). Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/R/reforma_penitenciaria_resolvera_crisis_carcelaria_defensor_del_pueblo/reforma_penitenciaria_resolvera_crisis_carcelaria_defensor_del_pueblo.asp
- 15]** Yague Olmos, Concepción. Madres en prisión, historia de las cárceles de mujeres a través de su vertiente maternal. Editorial Comares, S.L. Granada. 2007. Pág. 203
- 16]** Rico, José M. Las sanciones penales y la política criminológica contemporánea. Siglo XXI (Libro electrónico). 1987. Pág. 82
- 17]** Segovia Bernabé, José Luis. Consecuencias de la prisionalización. (Documento online). 2001 (Consultado el 10 de julio de 2014). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/iesalfonso_romero_barcojo/actividades_tic/trabajos_profesorado/unidades_didacticas/religion/carcel/fichero-00.Pdf
- 18]** Maia Neto, Cândido Furtado. De la prisión a las alternativas - La abolición de la pena privativa de libertad. Conteúdo jurídico. (Artículo online). 2009 (Consultado el 2 de julio de 2014). Disponible en: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo.de-la-prision-a-las-alternativas-la-abolicion-de-la-pena-privativa-de-libertad.23623.html>
- 19]** Dammert Lucía et al. La cárcel: problemas y desafíos para las Américas. Editorial FLACSO. (Libro electrónico). 2008. Págs. 10-12/119-120.
- 20]** Arroyo-Cobo, J. M et al. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 5 (2). Pág. 60-76. (Artículo revista online). 2012 (Consultado el 16 de febrero de 2014). Disponible en: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245>
- 21]** Gutiérrez Ruíz, Laura Angélica. Normas Técnicas sobre administración de prisiones Edit. Porrúa 1996. pp 1. Citada por Galeano, Eduardo en: Los principales problemas de la prisión actual. (Artículo online). 1 de abril de 2013 (consultado el 15 de junio de 2014). Disponible en: <http://ensaiosjuridicos.wordpress.com/2013/04/01/los-principales-problemas-de-la-prision-actual-eduardo-galeano/>
- 22-69]** Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia, Dirección General. 100 días de gestión del 21 de diciembre de 2010 al 31 de marzo del 2011, Anexo No.1 Diagnostico Situacional. 2011.
- 23-24]** Defensoría del pueblo de Colombia. Derechos de las personas privadas de libertad, Manual para su vigilancia y protección. Nueva Legislación Ltda. Bogotá. 2006. Pág. 71
- 26-40-50]** Oviedo-Joekes Eugenia, et al. Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza 1999. Rev Esp Salud Pública Vol. 79, No. 1. (Artículo revista online). 2005 (Consultado el 6 de abril de 2014). Pág. 35-46. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n1/original2.pdf>

- 27]** Diuana Vilma, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* Vol. 24, No. 8 (Artículo revista online). 2008 (Consultado el 5 de abril de 2014). Pág. 1887-1896. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>
- 28]** Carranza, Elías et al., Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y Tratamiento del delincuente, ILANUD, Instituto Raoul Wallenberg de Derechos Humanos y derecho Humanitario. Siglo XXI editores. Lund, Suecia. 2009.
- 29-32]** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OECD-. "Prison population" in OECD, *OECD Factbook*. 2010: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. En: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-factbook-2010/prison-population-factbook-2010-95-en>
- 30]** Carranza, Elías. Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe. *Anuario de Derechos Humanos*, No 8. (Artículo online). 2012 (consultado el 20 de mayo de 2014). Pág. 31-66. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewArticle/20551>
- 31]** International Centre for Prisons Studies. 10th World Prison Population List. (Reporte online). 2013 (consultado 26 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.prisonstudies.org/news/more-102-million-prisoners-world-new-icps-report-shows>
- 33-36-37-58]** Dammert, Lucía, Javiera Díaz, and Programa de Seguridad. El costo de encarcelar. *Observatorio 9*. (Artículo online). 2005 (consultado el 1 de abril de 2014). Disponible en: <http://papaspor siempre.cl/articulos/precio-al-encarcelar-a-un-padre.pdf>
- 34]** Valdemoro, Martha G. Mantener un preso en España es un 46% más caro que en EEUU. *Libertad Digital*. (Artículo periódico online). 26 de junio de 2009 (Consultado el 14 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.libertaddigital.com/economia/mantener-un-presos-en-espana-es-un-46-mas-carro-que-en-una-carcel-privada-de-eeuu-1276363300/>
- 35]** Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. *Medidas Privativas y No privativas de la libertad, El sistema Penitenciario*. (Libro electrónico). 1a Ed. New York. 2010 (consultado el 5 de abril de 2014). Disponible en: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/The_Prison_System_Spanish.pdf
- 38]** Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Resolución 7302, Por medio de la cual se revocan las Resoluciones 4105 del 25 de septiembre de 1997 y número 5964 del 9 de diciembre de 1998 y se expiden pautas para la atención integral y el Tratamiento Penitenciario. 2005
- 39-41-52]** Osses-Paredes, C., et al. Situación de salud de reclusos de un centro de cumplimiento penitenciario, Chile. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol.15, No. 3 (Artículo online). 2013 (consultado el 17 de abril de 2014). Pág. 98-104. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/03_original2.pdf
- 42]** De Gregorio María Beatriz, Instrumento de medición de la calidad en atención de salud penitenciaria. *Revista de Estudios criminológicos y Penitenciarios gendarmería de Chile* 17, Artículo 27. (Artículo online). 2010 (consultado el 10 de abril de 2014). Disponible en: <http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/Revista17/Articulo27.pdf>

- 43-44-51]** Diuana Vilma, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* Vol. 24, No. 8 (Artículo revista online). 2008 (consultado el 5 de abril de 2014).. Pág. 1887-1896. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>
- 45]** Hernández Jeniffer et al. Accessibility to health services in the prison population in Colombia: a public health challenge. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* Vol. 28, No. 2 (Artículo online). 2010 (consultado el 20 de abril de 2014). Pág. 132-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v28n2/v28n2a05.pdf>
- 46-47]** Arroyo Manuel José, et al. ¿Qué hay de la calidad asistencial en la sanidad penitenciaria? Una revisión sistemática. *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 20, No. 1 (Artículo online). 2005 (consultado el 2 de febrero de 2014). Pág. 25-29. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245/540>
- 48]** Milly, Bruno. L'accès aux soins des détenus en France: un droit bafoué. *Droit et société* 3 (Artículo online). 2003 (Consultado el 20 de enero de 2014). Pag. 745-765. Disponible en: <http://www.reds.msh-paris.fr/publications/revue/pdf/ds55/ds055-07.pdf>
- 49]** La herramienta disponible en URL <http://www.gopubmed.org/web/gopubmed/>
- 53]** Bombino, Luis Vivas; et al. Elevación de los conocimientos sobre virus de la inmunodeficiencia humana y sida en reclusos de la Prisión Kilo 8 de Pinar del Río. *MEDISAN*, 2013, vol. 17, no 4, p. 592.
- 54-62-70-94-96]** Hariga, fabienne. La Santé en prison Un problème de Santé Publique. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, Vol. 5, No. 3. (Artículo online). 2000 (Consultado el 5 de abril de 2014). Disponible en: <http://www.prospective-jeunesse.be/IMG/pdf/HARIGA0001.pdf>
- 55]** Godin-Blandeau Élodie, et al. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger: une revue de la littérature. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 35-36 (Revista on-line). 2013. (Consultado el 28 de marzo de 2014). Disponible en: http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html
- 56]** Hernández-León, Christian, et al. Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas. *Salud pública de México*, Vol. 54, No. 6 (Artículo online) 2012 (consultado el 30 de junio de 2014). Págs. 571-578. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000600005
- 57]** Lozano Espitia, Glenda. Diagnóstico sobre VIH-SIDA en el sistema penitenciario en Colombia. ONUSIDA-PNUD-ONUOD (Documento virtual). 2011. Disponible en: <http://observatoriovihcarceles.org/es/vih-carceles/monitoreo-carceles-menu.raw?task=download&fid=534>.
- 59]** Ministerio de Protección social. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Pág. 6
- 60]** Arroyave Zuluaga, Iván Darío. Articulación de enfoques y líneas de política. *Diario el Pulso* No. 109 (Artículo Online). 2007 (consultado el 28 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0710oct/debate/debate-04.htm>
- 61]** Arcuri, D. Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina. *Rev Esp Sanid Penit* No. 12 (Artículo online). 2010 (Consultado el 8 de abril de 2012). Pág. 21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v12n2/03_especial2.pdf

- 63]** Asociación Pro Derechos Humanos de España. Informe sobre la situación de las prisiones en España. Editorial Fundamentos, Vol. 239 (Libro electrónico). 2009. pág. 56.
- 64]** Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC-. VIH/SIDA en Cárceles. (Página web). En: <http://www.unodc.org/ropan/es/PrisonReform/hiv-aids-in-prison/hiv-aids-in-prison-in-lac.html>
- 65-66]** Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Las tasas de tuberculosis y VIH se disparan en las prisiones, lo que constituye una amenaza para la salud pública. (Página web). En: <http://gtt-vih.org/book/print/4882>
- 67]** Comité Internacional de la Cruz Roja. La salud en las cárceles, introducción. (Artículo online). 2010 (consultado el 2 de noviembre de 2013. Disponible en <http://www.icrc.org/spa/what-we-do/health/health-prisons/overview-health-in-prisons.htm>
- 68]** Congreso de la república. Ley 1709, Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones. 2014.
- 71-75-76]** Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. ONU. (Libro electrónico). 2006 (Consultado el 3 de julio de 2014). Pág. 1. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf
- 72]** Asamblea Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Título I: principios fundamentales, artículo 1. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- 73]** Corte Constitucional Colombiana. Sentencia C-566 de 1995. Disponible en : <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6720>
- 74]** Corte Constitucional Colombiana. Sentencia C-1064 de 2011. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4417>
- 77]** Solís, Sonia. El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social. (Documento online) 2003. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf
- 78-79]** Defensoría del pueblo de Colombia. Derechos de las personas privadas de libertad,
- 80]** Manual para su vigilancia y protección. 2006. Nueva Legislación Ltda. Bogotá. Pág. 71
- 81-87]** Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. (Página web) 1990. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/tratamiento_reclusos.htm
- 82]** Organización Americana de Estados Americanos. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. (Página web) 2008. Principio I. disponible en: www.cidh.oas.org/.../RESOLUCION%201-08%20ESP%20FINAL.pdf
- 83]** Asamblea Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Título II de los derechos, las garantías y los deberes, artículos 11, 48, 49 y 79. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- 84-97]** Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. 2013. Pág. 25.

- 85-86]** Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-522 de 1992. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-522-92.htm>
- 89]** Corte Constitucional Colombiana. Sentencia T-153 de 1998. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-153-98.htm>
- 90]** Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-606 de 1998. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-606-98.htm>
- 91]** Corte constitucional de Colombia. Sentencia T-607 de 1998. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-607-98.htm>
- 92]** Torres Tarazona, Luis Alberto. Aproximaciones a la seguridad social en el estado social de derecho, aspectos teóricos y jurisprudenciales. Ediciones Doctrina y Ley Ltda. Bogotá. 2012. Pag. 1
- 93]** Chauvin Isabelle. La santé en prison: les enjeux d'une véritable réforme de santé publique. Esf Editeur (Libro electrónico). 2000
- 95]** Pierre-Yves Robert. La santé en prison: La violence contre soi-même. Actualité et dossier en santé publique 44 (Artículo online). 2003 (Consultado el 10 de abril de 2014). Pág. 17-54. Disponible en : <http://www.hcsp.fr/docs/pdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>
- 98]** Caprecom EPSS. Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional. 2012
- 99]** Moiso, Adriana. Determinantes de la salud. Fundamentos de la Salud Pública. Argentina, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP. (Capítulo del Libro electrónico). 2007. En [http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos de la salud publica/cap_6.pdf](http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos%20de%20la%20salud%20publica/cap_6.pdf)
- 100]** Quintero Fabián Anibal. Caracterización ambiental de establecimientos penales: Una aproximación multifactorial. Rev Estud Criminol y Penit 11. (Artículo online). 2007 (consultado el 30 de marzo de 2014). Pág. 135-154. En <http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/Revista17/Articulo19.pdf>
- 101]** Dever, GE Alan, et al. Epidemiología y administración de servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. 1991.
- 102-107]** Antony, Carmen. Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. Nueva sociedad 208 (Artículo online). 2007 (Consultado el 5 de abril de 2014). Pág. 73-85. Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/3418_1.pdf
- 103]** Rodríguez, María Noel. Mujeres madres en prisión en América Central. Euned. (Libro electrónico). 2005.
- 104]** Cervelló, Donderis, Vicenta. Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. Revista de estudios penitenciarios 1. (Artículo online) 2006 (Consultado el 21 de julio de 2014). Pág: 129-150
- 105]** Organización Mundial de la Salud. ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? (Página web) 2007 (consultado el 10 de julio de 2014). Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

- 106]** Mejía Ortega Luz Mery et al. Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de las internas e hijos convivientes en el centro de reclusión para mujeres el Buen Pastor de Medellín. Rev. Gerencia. Políticas salud, Vol. 10, No. 20, (Artículo online). 2009 (Consultado el 6 de abril de 2014). Pág.121-137. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a09.pdf>
- 108]** Jaramillo Ángel, Claudia Patricia y Benjumea Rincón, María Victoria. Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de Manizales. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Vol. 1 (Artículo online) 2007 (Consultado el 21 de julio de 2014). Pág. 109-123. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100009
- 109-110-111]** Organización Panamericana de la salud-OPS. Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. (Libro electrónico) 2011. (Consultado el 20 de mayo de 2014). Disponible En:
new.paho.org/hq/.../2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf
- 112]** Dirección Seccional de salud de Antioquia-DSSA. Documento medición de las Funciones Esenciales de Salud Publica en el Departamento de Antioquia. (Documento electrónico). Colombia. 2003
- 113-129]** Secretaria de Salud del Valle del Cauca. Informe de Medición de Desempeño de las Funciones esenciales de Salud Publica ejercida por la Autoridad Sanitaria Territorial Departamental del Valle del Cauca. (Documento electrónico) 2003
- 114]** Secretaria de Salud de Caldas, Informe de resultados del taller aplicación del instrumento en el Departamento de Caldas. (Documento electrónico) 2003
- 115-118-119]** INPEC. Reporte generado para el 31 de diciembre 2013 por el SISIPPEC-WEB y publicado en página institucional.
<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadisticas/Estad%EDsticas>
- 116]** DANE. Proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área, el cual fue extraído de página Web DANE, <https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>
- 117]** Barbosa Tamara Manuel Javier et al. Caracterización y perfilación criminológica y penitenciaria de la población condenada y privada de la libertad en los Establecimientos de Reclusión del INPEC. Publicación INPEC (documento electrónico). 2011.
- 120]** Ministerio de salud y Protección social. Análisis de Situación de Salud-ASIS de Personas Privadas de la Libertad para el año 2013.
- 121]** CAPRECOM-EPS. Perfil Epidemiológico del Nivel Nacional para el año 2012. (Documento electrónico). 2012 (consultado enero 20 de 2014).
- 122]** INPEC. Diagnóstico de la conducta suicida en los Establecimientos de Reclusión para 2013. (Documento electrónico). 2014 (consultado 30 de mayo de 2014).
- 123]** Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Perfil epidemiológico Centros de Reclusión ubicados en Bogotá D.C. (Documento electrónico). 2012 (consultado el 30 de noviembre de 2013)
- 124]** Secretaria Distrital de Salud de Bogotá-Hospital San Cristóbal. Actas de inspección Vigilancia y Control Higiénico y Sanitaria a cárceles y Centros de rehabilitación de menores para cárcel la picota de 30 de octubre de 2013.

126] Restrepo, Jorge Humberto et al. Salud Pública (Tomo I). Corporación para Investigaciones Biológicas (Libro electrónico) 2005.

127] Novick, Lloyd F. et at. Public health administration: principles for population-based management. Jones and Bartlett Pub. Sudbury, Mass. 2008. (Libro electrónico). Pág. 2. (Traducción). Disponible en:
http://www.jblearning.com/samples/0763738425/38425_ch01_001_034.pdf

128] Congreso de la república de Colombia. Ley 1122 “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Art 32. 2007.

