



**El CICR y la academia por las  
cárceles saludables:  
compendio de experiencias exitosas**

*Olga María Henao Trujillo  
Claudia María López Ortiz  
Germán Alberto Moreno Gómez  
Diomedes Tabima García  
Juan David Marín Vallejo*

# **El CICR y la academia por las cárceles saludables: compendio de experiencias exitosas**

## **El CICR y la academia por las cárceles saludables: compendio de experiencias exitosas**

Risaralda, Colombia, Pereira  
© Universidad Libre Pereira  
Sede Belmonte  
[www.unilibrepereira.edu.co](http://www.unilibrepereira.edu.co)  
tel: +57-6-3401043 ext: 6950

Centro de investigaciones Facultad de Ciencias de la Salud  
Primera edición- Volumen 1: noviembre de 2020  
ISBN digital: 978-958-8859-67-5

Imagen de la portada:

Título: El CICR y la academia por las cárceles saludables: compendio de experiencias exitosas

Técnica: Composición Fotográfica

Diseño y Diagramación:

@luisdiazcalle

Centauro Impresos y Oficina SAS.

Cra. 4 # 27-77 - Tel. 57+ (6) 3360570

[www.centauroimpresosyoficina.com](http://www.centauroimpresosyoficina.com)

Pereira - Colombia

Editor (es):

©Claudia María López Ortiz

©Olga María Henao Trujillo

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

## AUTORES

### **Olga María Henao Trujillo**

Enfermera, especialista en administración de la Salud, magíster en pedagogía.  
Profesora catedrática programa de Enfermería- directora del centro de investigaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Libre Pereira.

### **Claudia María López Ortiz**

Trabajadora social, especialista en Salud Ocupacional, Magister en educación, doctoranda en Investigación en humanidades, arte y educación.  
Docente Investigadora, Coordinadora de la Línea de investigación Derecho y Problemáticas Sociales. Facultad de derecho, ciencias políticas y sociales. Universidad Libre Pereira

### **Germán Alberto Moreno Gómez**

Médico, especialista en Gerencia de La Calidad y Auditoria de Servicios de salud, especialista en Gerencia en Servicios de Salud, magister en epidemiología clínica, doctor en salud pública. Profesor investigador. Universidad Tecnológica de Pereira.

### **Diomedes Tabima García**

Médico, especialista en Administración de Servicios de Salud, especialista en docencia universitaria, magister en educación. Profesor investigador de la Universidad Tecnológica de Pereira. Director de la especialización y la maestría de Gerencia en sistemas de salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. Coordinador de la oficina de docencia servicio investigación de la E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

### **Juan David Marín Vallejo**

Médico, especialista en administración de servicios de salud, candidato a magister en salud pública. Médico Detención del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) Delegación Colombia. Departamento de Protección. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).



## Tabla de Contenido

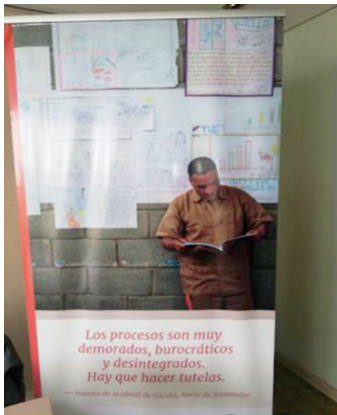
Tabla de Contenido	4
1. Presentación	7
2. Antecedentes	13
2.1 Aproximación al concepto de Cárcel Saludable	11
3. Objetivos del Seminario	11
3.1 Objetivo General	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4. Agenda del Seminario	13
5. Desarrollo del Evento	14
5.1 Acto de Instalación:	14
5.2 Presentaciones	15
6. Situación de la salud penitenciaria en el sistema penitenciario y carcelario colombiano	15
6.2 El análisis del Examen Médico de Ingreso EMI	19
6.3 Control de la Tuberculosis	19
6.4 VIH (SIDA)	20
6.5 Salud Mental	20
6.6 Resolutividad en salud	22
6.7 Recomendaciones del estudio	22
7. Reglas Mandela	24
7.1 Estructura de la presentación	24
7.2 Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (Reglas Nelson Mandela)	24
7.3 (Reglas Bangkok 6-18)	28
7.4 Principios y buenas prácticas sobre protección de las personas privadas de libertad en las Américas - CIDH	29
7.5 Conclusiones	30
8. Reglas Mandela y Salud Penitenciaria	31
9. Panorama de los Eventos e Interés en Salud Pública EISP en cárceles de Colombia.	36
9.1 Las responsabilidades de las diferentes instituciones	37
10. Estrategia para el fin de la tuberculosis.	40
11. Programa de discapacidad en el Sistema Penitenciario y Carcelario Colombiano.	44
11.1 Qué es la Discapacidad	44
11.2 Caracterización de la Población Privada de Libertad PPL	45
11.3 ¿Cómo se ha logrado la caracterización de la PPL con discapacidad?	47
11.4 Ajustes razonables y accesibilidad	48
11.5 Ejemplos de ajustes razonables:	48
12. Abordaje a la drogadicción en detención (experiencia en España)	49
12.1 Estrategias	51
13. Programas de reinserción y de atención a poblaciones vulnerables en establecimientos penitenciarios del Perú	54

Pope joven adulto	56
“Programa de prevención y tratamiento del consumo de drogas en los EE.PP.	56
Pope que trabaja	56
14. Malos tratos en detención	59
15. Experiencias hospitalarias de la PPL con trastornos de salud mental	61
16. Cárceles Saludables y Salud Mental.	63
16.1 Introducción: Cárceles Saludables para Colombia: un espacio necesario para la Salud Mental de la Población Privada de la Libertad PPL	63
16.2 ¿Es posible la Salud Mental en la PPL?	66
16.3 Salud Mental en las prisiones	68
16.4 Evidencias sobre la Salud Mental en prisiones	68
16.5 El trabajo realizado por la Institucionalidad	73
16.6 La Salud Mental de la PPL: un problema de salud pública	78
16.6.1 El trauma de verse privado de la libertad	78
16.6.2 El gravísimo problema de la drogadicción en las prisiones	79
16.7 El camino por andar en Salud Mental	80
16.8 ¿Cuáles son los actores que se deben movilizar para ganarle espacio a la Salud Mental como problema individual y colectivo?	81
17. Desarrollo del Taller: “Intersectorialidad para la Salud Mental en Prisiones”	84
17.1 Introducción	84
17.2 Objetivo	85
17.3 Metodología: “Mesas Dialógicas”	85
17.4. Resultados de la Mesas Dialógicas:	87
7.4.1 Mesa N° 1.	87
Evaluación de la Matriz	87
Reflexiones	89
Propuestas	90
17.4.2 Mesa N° 2	92
Reflexiones	93
Propuestas	93
17.4.3 Mesa N° 3. Ministerio de Justicia y del Derecho - Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, la Institucionalidad en Salud Mental.	94
Evaluación de la matriz	94
Reflexiones	95
Propuestas	95
17.4.4 Mesa N° 4. Ruta de Atención para la Salud Mental:	95
Propuesta Integradora	95
Evaluación de la matriz	95
Reflexiones	97
Recomendaciones	97
19. Conclusiones Generales	99
20. Evidencias Fotográficas	100



**Imagen 1:** Participantes Seminario Nacional de Salud Penitenciaria.  
Bogotá, noviembre 13 al 15 de 2019

## SEMINARIO NACIONAL DE SALUD PENITENCIARIA



La Salud Penitenciaria constituye una de las principales preocupaciones para las autoridades competentes, así como para la academia y para la sociedad en general. Es claro que el actual sistema de salud en Colombia carece de un diseño capaz de atender a un grupo de personas tan complejo y particular como la población carcelaria, y aún menos, responder ante sus condiciones, dentro del marco del Derecho a la Salud Integral a que tienen derecho.

El Comité Internacional de la Cruz Roja CICR, como organismo de accionar social imparcial, neutral e independiente, cuya misión humanitaria se orienta a prestar asistencia a Estados y poblaciones afectados en grado importante por los conflictos armados y las subsecuentes violaciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), incorpora en sus poblaciones de especial atención a la Población Privada de Libertad (PPL).

*“El objetivo principal de las actividades del CICR en ese ámbito es asegurar que los detenidos reciban un trato humano y que se respete la dignidad. En efecto, los detenidos se encuentran en una situación de particular vulnerabilidad tanto en relación con la autoridad retenedora como con el entorno, teniendo en cuenta, sobre todo, la presión de la vida carcelaria y el encierro detrás de un verdadero muro de silencio. El cambio de estado de persona libre al de detenido, acarrea la pérdida de todos los puntos de referencia y es un salto hacia un*

*mundo desconocido donde las reglas son diferentes y los valores no son los tradicionales. La vida en un medio cerrado y aislado del mundo tiende a deshumanizar a las personas, despojándolas de individualidad y responsabilidad. Por estas razones, la detención constituye un cambio fundamental para cualquier persona, aunque esté preparada para ello.*

*Esta Vulnerabilidad se acentúa en las situaciones de conflicto armado y de violencia colectiva o política, en las que se intensifican, tanto el aislamiento como la tentación de utilizar la fuerza en forma abusiva”.*

Con el propósito de contribuir a reconocer los avances, las estrategias, las acciones y a mejorar las condiciones en las cuales discurre la vida de la PPL en Colombia y en el mundo, el Comité Internacional de la Cruz Roja CICR genera de manera permanente espacios de diálogo, construcción y reflexión, desde los cuales se hacen posibles los aportes a diseños o



estrategias que permitan que las personas privadas de la libertad puedan vivir de manera digna.

Las Cárceles Saludables emergen con fuerza como un concepto posible, en respuesta a las condiciones materiales y no materiales de vida, en las cuales discurre la vida de la Población Privada de la Libertad PPL. Dicho concepto es una extensión de la estrategia de Entornos Saludables, propuesta emanada desde la Organización Mundial de la Salud, como alternativa para materializar los postulados fundamentales de la salud pública, los cuales buscan mejorar las condiciones de vida de las poblaciones históricamente invisibilizadas, de cuya cotidianidad hace parte el reclamo y la defensa de los derechos fundamentales, entre ellos la salud, cada vez más precarizada en estos contextos.

Los siguientes documentos hacen parte del marco referencial:

- Documento CONPES 3550 de 2008. Lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1709 de 2014. 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.

- Documento CONPES 3828 de 2015. Política Penitenciaria y Carcelaria en Colombia.
- Resolución 5159 de 30 de noviembre de 2015. Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la PPL bajo la custodia y vigilancia del INPEC.

Esta información permite formular propuestas relacionadas con los entornos, entendiéndolos como aquellos espacios en los cuales viven o perviven los seres humanos privados de la libertad, los cuales no tendrían que concebirse desde cero, pues existen estos y otros insumos que constituyen puntos de partida y de soporte para pensar en la posibilidad de contar con Cárceles Saludables.

La Organización Mundial de la Salud – OMS (1998) considera que **entornos saludables** son aquellos que *“apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios, y las oportunidades para su empoderamiento”*.

Esta estrategia de Cárceles Saludables tiene, en la historia reciente de la salud pública, antecedentes que marcan desarrollos teóricos y prácticos a nivel global, donde se destaca la propuesta y puesta en marcha en Alma Ata en 1978, de la estra-

tegia Atención Primaria en Salud, con la meta de Salud para todos.

Otro antecedente relevante lo constituyen los diferentes movimientos orientados a la Promoción de la Salud, algunos de los cuales son:

- Carta de Ottawa, con mención especial para la creación de Entornos Saludables

- Municipios Saludables
- Escuelas Saludables OMS 1993.
- Minsalud Colombia 1999.
- Universidades Saludables
- Prisiones Saludables 1996 Gran Bretaña
- Estrategia de Entornos Saludables



**Imagen 2.** Mesa de trabajo en el Seminario de Salud Penitenciaria.

El **Seminario Nacional de Salud Penitenciaria** es un evento anual que el CICR ha creado para encontrarse y compartir con personas e instituciones sensibles a la problemática de la salud en las prisiones. Se trata de un espacio para facilitar el diálogo sobre diversos temas, que permitan mantener viva la llama de la solidaridad con los seres humanos que viven en condición de Población Privada de la Libertad.

Con el interés de reflexionar sobre la salud de la PPL, para el año 2019, siguiendo la tradición, el CICR generó otro episodio del **Seminario Nacional de Salud**

**Penitenciaria**, con énfasis en *Salud Mental*. En el evento se abordaron asuntos que suelen afectar la salud integral de este grupo de personas, pensando en sus vivencias, sus abordajes, las estrategias aplicadas en otros contextos y por ende, los retos que para el caso colombiano se suscitan.

A lo largo de tres días de una jornada de diálogo intersectorial y de carácter nacional e internacional, se desarrolló el temario previsto, descrito a continuación.

1. El diagnóstico de las condiciones de salud de la PPL en Colombia trabajada por el CICR
2. Las Reglas Mandela
3. Las Reglas Mandela y la Salud Pública
4. Panorama de los eventos de interés en salud pública en cárceles de Colombia
5. Infecciones de transmisión sexual. VIH/SIDA
6. Estrategia para buscar el fin de la tuberculosis; tuberculosis en las prisiones de Colombia; programa de discapacidad en el Sistema Penitenciario y Carcelario Colombiano; abordaje a la drogadicción en detención, experiencia en España
7. Programas de reinserción y de atención a poblaciones vulnerables en detención, experiencia en Perú
8. Experiencias hospitalarias de la PPL con trastornos de salud mental en la Clínica Basilia
9. Cárceles Saludables y Salud Mental. Universidad Tecnológica de Pereira (UTP)

Estos temas serán desarrollados en el presente documento, teniendo como fuente las respectivas presentaciones y su orden en la programación.

El evento contó con la participación de 40 personas, representantes de instituciones públicas y privadas, encargadas de las diferentes estrategias frente a la salud de la PPL, organismos de cooperación internacional y representantes de la academia entre otros. También se hicieron presen-

tes representantes de las instituciones que fungen como actores principales, o al menos muy importantes, en la responsabilidad de la salud en las prisiones en Colombia.

Una vez realizadas las respectivas ponencias con información relevante sobre los programas que algunas instituciones desarrollan en busca de mejorar las condiciones de vida de las personas privadas de la libertad, se desarrolló un taller por parte de un equipo de profesionales idóneos de la Universidad Tecnológica de Pereira UTP y de la Universidad Libre Pereira, entidades vinculadas al proceso que ha desarrollado el CICR en procura de viabilizar la estrategia de Cárceles Saludables para Colombia. En este caso, el taller se desarrolló con base en el eje temático: Salud Mental en Prisiones.

Este documento resume el desarrollo del evento, contiene las conclusiones y enmarca los retos para continuar construyendo una mejor atención en salud para la Población Privada de Libertad en Colombia, en concordancia con la normativa nacional y la internacional, en esta ocasión enfatizando en salud mental.

Se espera que este documento constituya para los participantes y para futuros procesos, una línea de base que permita reconocer la posibilidad de crear las Cárceles Saludables en Colombia, continuar y estimular avances en esta dirección, adaptadas a la realidad de las poblaciones PPL en Colombia.

## 2 ANTECEDENTES

### 2.1 Aproximación al concepto de Cárcel Saludable

Cárcel Saludable es un espacio de preparación para la reinserción social de los privados de la libertad, que debe garantizar la salud de la persona, desde un concepto biopsicosocial, además de la comprensión, la intervención y la mitigación de los riesgos, para posibilitar su bienestar y calidad de vida. Implica la comprensión del individuo, de su entorno familiar, social y comunitario, desde diferentes perspectivas (genero, diversidad, ciclo vital, derechos, entre otros) y enfoques de actuación (bio psico social, socio educativo, socio laboral, socio ambiental, entre otros).

Desde el año 1999, la Organización Mundial de la Salud OMS, ha venido sensibilizando a la población mundial sobre la importancia de intervenir las cárceles y atender los múltiples factores que inciden de manera negativa en la salud integral de las personas privadas de la libertad, como las condiciones de hacinamiento, las cuales facilitan la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, tema de responsabilidad de los entes encargados de la salud pública.

La PPL presenta características singulares y un entorno particular, que posibilita intervenciones para su salud individual y colectiva, cobijando también al personal que trabaja en las prisiones.

Los Entornos Saludables han sido un asunto transversal en las estrategias desde la Primera Conferencia de Atención Primaria en Salud en Alma Ata en el año 1978, donde se reiteró el abordaje de salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de signos o síntomas desagradables o de enfermedad. Este concepto evoluciona y complementa la salud como un derecho humano obligatorio e inquebrantable, para el que debe existir un trabajo intersectorial e interdisciplinario para garantizarlo, mediante la promoción de la salud y el favorecimiento de los determinantes estructurales e intermedios de la salud.

En la Carta de Ottawa de 1986, se propone garantizar la Salud Para Todos a través de políticas públicas, la creación de ambientes saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables individual y colectivamente, y la reorientación de los servicios de salud hacia la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud.

En el año 1997 en Indonesia, en la Conferencia de Yakarta, se propone mejorar las condiciones de vida por medio de la garantía de la paz, la educación, la seguridad social, la alimentación, el uso sostenible de los recursos naturales y el mejoramiento de la vivienda, la equidad, la protección y la garantía de los derechos humanos.

En Bangkok, Tailandia, en el año 2005, en la Sexta Conferencia Internacional



sobre la Promoción de la Salud, la propuesta fundamental giró en torno a la generación de estrategias para controlar los efectos de la globalización sobre la salud, como consecuencia del aumento en las desigualdades, la rápida urbanización, el deterioro del medio ambiente y la creciente carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En la Octava Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud, en Helsinki, Finlandia, se propuso priorizar la salud en las políticas públicas, como la mejor manera de aumentar las posibilidades de que las personas tengan una vida saludable.

En la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en Shangai, China, el slogan de trabajo fue: “*Salud para todos y todos para la salud*”, a través del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Es evidente entonces, desde las propuestas de los organismos internacionales, que se requiere la voluntad de los diferentes actores sociales, políticos, gubernamentales, educativos, empresariales y religiosos, para la generación de programas que materialicen la estrategia de Atención Primaria en Salud en todos los espacios de vida de los seres humanos, incluidos obviamente, los espacios carcelarios.

En la actualidad, el proceso de concepción de Cárceles Saludables, su importancia y pertinencia para el mejoramiento de las condiciones de salud de la PPL, permite abrir espacios que incluyen la salud

mental en sus aspectos teóricos, normativos y metodológicos. En ese actuar, es importante tener en cuenta experiencias que mejoran la reflexión, amplían los conocimientos y fortalecen las iniciativas conjuntas, encaminadas a materializar un Sistema de Salud Penitenciario integral, enmarcado en el derecho a la salud de la PPL en Colombia.

### 3 OBJETIVOS DEL SEMINARIO

#### 3.1 Objetivo General

Promover la reflexión sobre la salud penitenciaria con énfasis en la salud mental, desde la perspectiva de la salud pública y la estrategia de Cárceles Saludables en Colombia.

#### 3.2 Objetivos Específicos

Reconocer en los contextos de privación de libertad las condiciones de salud mental, las estrategias, las experiencias y los retos.

Reflexionar la salud mental de la PPL en el contexto colombiano, sus necesidades y su abordaje.

Formular recomendaciones en cuanto a salud mental de la PPL en Colombia, a partir del análisis contextual y normativo existente.

## 4 AGENDA DEL SEMINARIO

### Miércoles 13 de noviembre

- Bienvenida e Introducción del CICR
- Análisis situacional de la salud en los establecimientos penitenciarios: Informe CICR 2018 y avances 2019. Juan David Marín Vallejo. Médico en detención, CICR
- Reglas Mandela  
Óscar Ayzanoa. Asesor de sistemas penitenciarios, CICR
- Reglas Mandela y Salud Pública. Núria Carrera. Médico en Detención, CICR
- Panorama de los eventos de interés en salud pública en cárceles de Colombia. Jorge Luis Díaz Moreno. Instituto Nacional de Salud (INS)
- Estrategia para el fin de la tuberculosis. Ingrid García. OPS / OMS
- Tuberculosis en las prisiones de Colombia: estado actual y retos. Óscar Cruz Martínez. Ministerio de Salud y Protección Social

### Jueves 14 de noviembre

- Programa de discapacidad en el sistema penitenciario y carcelario colombiano.  
Alba Patricia Palacios. Ministerio de Salud y Protección Social  
Mónica Arango. INPEC
- Abordaje a la drogadicción en detención (experiencia en España)  
Enrique Jesús Acín García. Jefe de Área de Salud Pública. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (Ministerio del Interior España)
- Programas de reinserción y de atención a poblaciones vulnerables en detención. (Experiencia en Perú)  
Verónica Oviedo Rosas. Psicóloga, INPE Perú
- Experiencias hospitalarias de la PPL con trastornos de salud mental Severo Alberto Conde Ramírez. Psiquiatra, Clínica Basilia
- Cárceles Saludables y Salud Mental. Diomedes Tabima García. Germán Moreno Gómez Universidad Tecnológica de Pereira (UTP)

## Viernes 15 de noviembre 2019

- Taller en grupos: Eje temático: salud mental en personas privadas de la libertad. Diomedes Tabima García - Germán Alberto Moreno Gómez - Universidad Tecnológica de Pereira. Olga María Henao Trujillo. Claudia María López Ortiz. Universidad Libre Pereira.
- Conclusiones y recomendaciones Diomedes Tabima García. Germán Alberto Moreno Gómez. Universidad Tecnológica de Pereira (UTP). Olga María Henao T. Claudia María López O.- Universidad Libre de Pereira.
- Clausura  
Conclusiones y recomendaciones Christoph Harnisch. Jefe de Delegación, CICR.  
Nicolás Murgueitio Sicard. Director de Política Criminal y Penitenciaria. Ministerio de Justicia y del Derecho. Efraín Aragón. Representante de DDHH adjunto de la Dirección General del INPEC.

## 5. DESARROLLO DEL EVENTO

El evento se desarrolló conforme a la agenda propuesta en todos sus componentes tales como los actos de instalación, el desarrollo temático, desarrollo de taller práctico y conclusiones, momentos que se describen de manera detallada en el presente Informe de Relatoría.

## Miércoles 13 de noviembre Primera jornada (mañana)

### 5.1 Acto de instalación:

A continuación se detallan aspectos fundamentales de cada una de las intervenciones de los representantes.

Como representante del CICR, la doctora Nuria Carrera, Médica en Detención, da la bienvenida a los participantes y expresa la importancia que tiene para el Organismo continuar trabajando por mejorar las condiciones de la población en detención, así como incentivar la participación permanente de las entidades encargadas de estas realidades, toda vez que se estima como acción humanitaria y de acompañamiento, visibilizar esta realidad y afianzar de manera conjunta posibles alternativas desde los marcos internacionales y las normativas, en procura del mejoramiento en las condiciones y los posibles avances.

Se informa cómo el CICR, aborda la realidad de la salud penitenciaria en los diferentes espacios y de manera progresiva, vincula las instituciones fortaleciendo el diálogo intersectorial frente a sus competencias y responsabilidades.

Se espera que el Seminario aporte conocimientos y experiencias, y genere alternativas para continuar con la labor misional y con las estrategias propuestas frente a los procesos de acompañamiento en detención que desarrolla el CICR en coordinación con las instituciones responsables y con los respectivos centros penitenciarios y carcelarios en Colombia.

## PRESENTACIONES

### 6. SITUACIÓN DE LA SALUD PENITENCIARIA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO Y CARCELARIO COLOMBIANO.

Juan David Marín Vallejo<sup>1</sup>

#### 6.1 Planteamiento:

El planteamiento desde el cual se inicia el seminario está relacionado con reconocer los cambios que ha tenido la administración del sistema de salud en el contexto penitenciario colombiano, desde el 2009, año en el cual se entregó la administra-

ción que ejercía el INPEC, a las entidades prestadoras de salud, teniendo en cuenta el desarrollo y el surgimiento de las normativas, la emergencia carcelaria en materia de salud y la actualidad del sistema en cabeza de las entidades responsables, las cuales en su orden son:



**Figura 1.** Presentación: situación de la salud penitenciaria en el Sistema Penitenciario y Carcelario colombiano

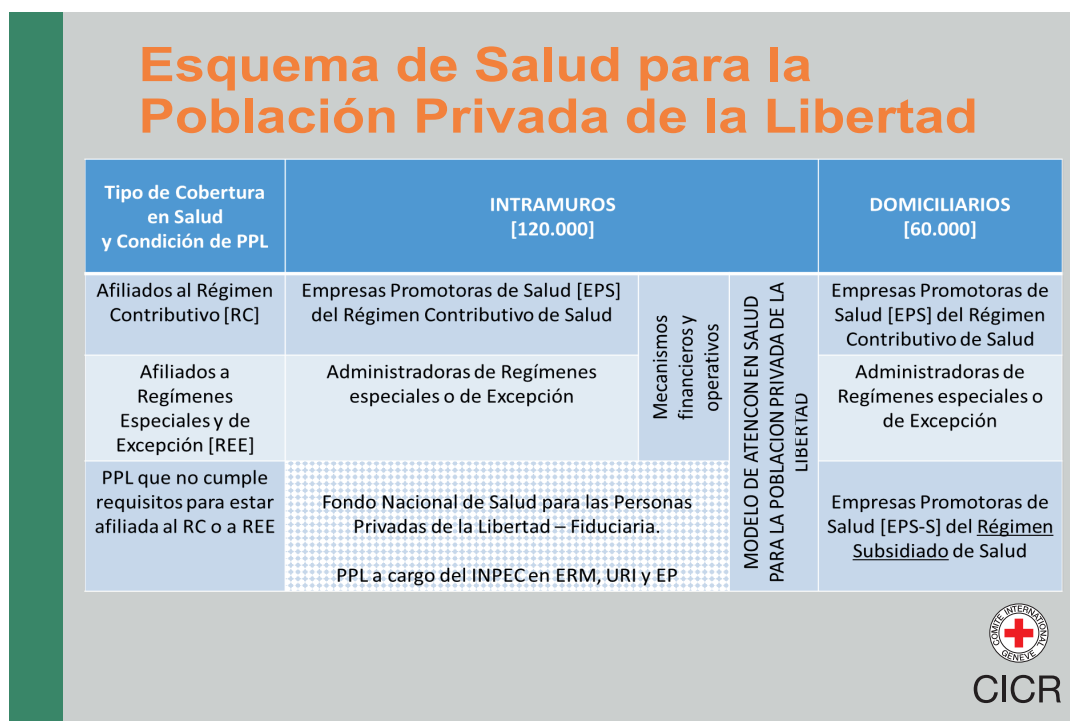
Durante el período 2009 - 2019, el CICR INPEC y a los diferentes establecimientos penitenciarios y carcelarios, para los

1 Médico en detención CICR Colombia.  
jmarinvallejo@icrc.org



cuales se han generado acciones de acompañamiento e investigación centrados en la complejidad de la administración de estos sistemas, así como en las difíciles

condiciones de salud que pre existen y se potencian en la Población Privada de Libertad.



**Figura 2:** Procedimiento para la atención en salud para la PPL

De igual manera se presenta el actual esquema y conformación del sistema de salud, el tipo de cobertura y la condición de la PPL, el total de la población y el tipo de cobertura: afiliados al régimen subsidiado, contributivo, especiales, de excepción y población sin afiliación a alguno de los regímenes anteriormente mencionados.

Se presentan los datos de 120.000 personas atendidas intramuralmente, 60.000

personas en atención domiciliaria con una amplia y variada modalidad de financiación de su aseguramiento (entidades promotoras de salud EPS contributivas y subsidiadas, administradoras de regímenes especiales y de excepción), lo cual dificulta la configuración y por ende la operación del modelo de atención en salud para la PPL.

## Establecimientos evaluados

Establecimientos	Tipo de infraestructura	Departamentos	Fechas de evaluación
EPMSC Medellín	Primera generación	Antioquia	7 al 9 de febrero
COPEL Pedregal	Tercera generación		12 al 14 de febrero
COCUC Cúcuta	Primera y tercera generación	Norte de Santander	13 al 15 de marzo
EPCMS Cali	Primera generación	Valle del Cauca	2 al 3 de abril
COJAM Jamundí	Tercera generación		4 al 5 de abril
EPAMSCAS ERE Popayán	Segunda generación	Cauca	9 al 11 de abril
EC Bogotá D.C.	Primera generación	Cundinamarca	17 de mayo
EPCAMS Cómbita	Segunda generación	Boyacá	22 al 24 de mayo
COMEB	Primera, segunda y tercera generación	Cundinamarca	20 al 22 de junio
RM Bogotá D. C.	Primera generación		25 al 26 de junio
EPC Guaduas	Tercera generación		27 al 29 de junio

Criterios en función de población (cantidad y género), infraestructura y ubicación geográfica.



CICR

**Figura 3:** Establecimientos penitenciarios y carcelarios evaluados. Año 2019.

En el año 2019 se realizó la evaluación de 11 establecimientos penitenciarios y carcelarios, teniendo en cuenta, entre otras variables, el tipo de infraestructura y la cantidad de personas según sexo. Este estudio evidencia las difíciles condiciones de salud en que se encuentran los establecimientos penitenciarios, los cuales siguen siendo espacios poco saludables, socialmente aptos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Se trata de instituciones con serias dificultades en cuanto a prestación de servicios de salud, hacinamiento, infraestructura inadecuada y carencia de agua potable.

Sobresalen establecimientos de primera generación, es decir, aquellos de construcciones antiguas ubicados en los departamentos de Antioquia, Norte de

Santander, Valle del Cauca, Cauca, Cundinamarca y Boyacá.

De igual manera, durante el proceso de evaluación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Condicionantes físicos y sociales de la salud
- Sistemas de información
- Talento humano en salud
- Insumos y equipos biomédicos
- Infraestructura

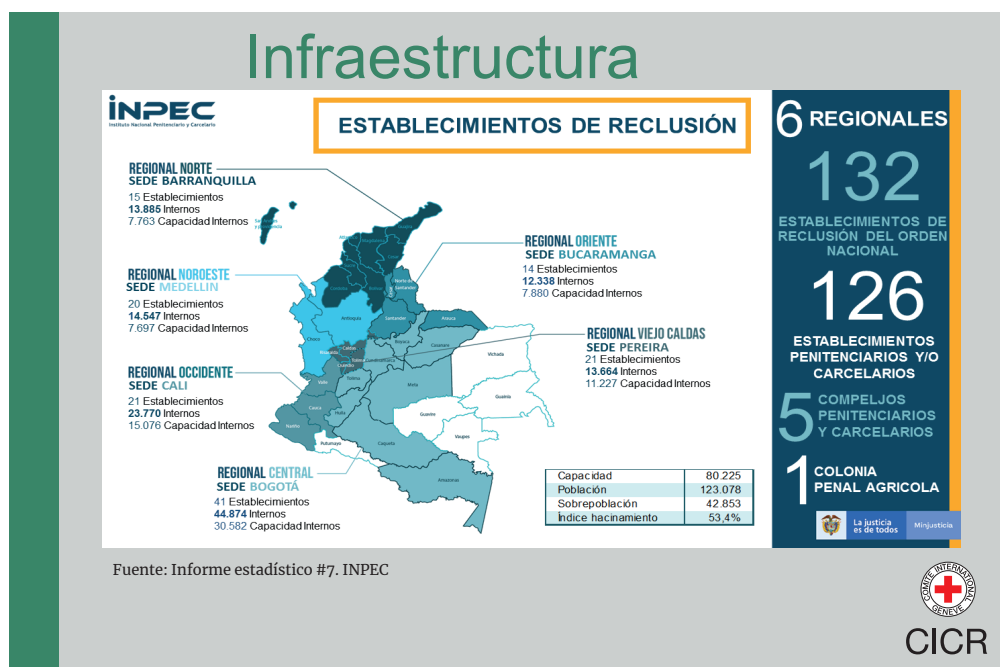


Figura 4. Regionales de los centros de reclusión y penitenciaros

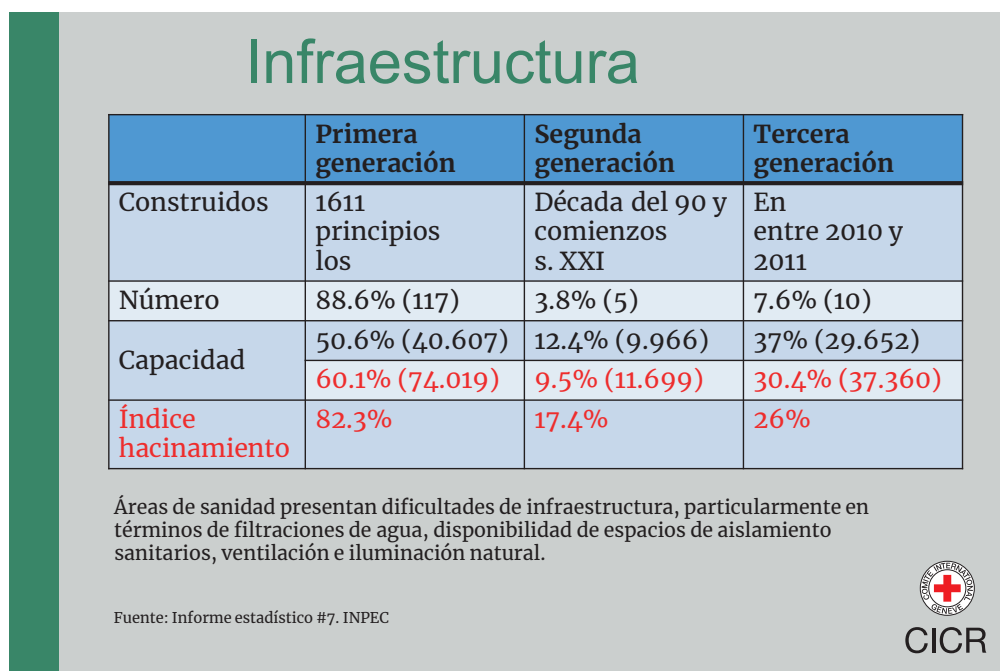


Figura 5. Análisis de evaluación a las instituciones carcelarias-penitenciarias.

Los establecimientos penitenciarios y carcelarios se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 6 Regionales, 132

Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional, 126 Establecimientos Penitenciaros y Carcelarios, 5 Complejos Peni-

tenciarios y Carcelarios y 1 Colonia Penal Agrícola.

De acuerdo con lo anterior, se observa una mayor proporción de que las problemáticas se encuentran en mayor proporción en los establecimientos construidos en la primera generación, es decir, en los años 90, cuyo hacinamiento representa un 82.3%. Luego están los de segunda generación, construidos a partir de los años 90 y comienzos del siglo XXI, donde el hacinamiento llega al 17.4%. En los establecimientos reconocidos como de tercera generación, aquellos que fueron construidos entre los años 2010 y 2011, el hacinamiento representa el 26%.

A continuación se enumeran otros aportes de interés que fueron entregados en esta presentación.

## **6.2 El análisis del Examen Médico de Ingreso EMI**

El examen no se lleva a cabo de forma oportuna y sistemática, lo que representa un riesgo en términos de salud pública para la PPL. No se aprovechan las oportunidades para realizar un tamizaje sistemático en torno a las enfermedades infecto contagiosas y las no trasmisibles, reconocidas por ser prevalentes en estas poblaciones.

## **6.3 Control de la Tuberculosis**

Las siguientes son algunas de las situaciones encontradas en la investigación y evaluación realizada:

- Se realizan actividades de Información, Educación y Capacitación IEC en conjunto con los monitores de salud.
- En muy pocas ocasiones se cuenta con el apoyo de los entes territoriales de salud.
- La PPL vive en un ambiente propicio para el desarrollo de la TB: hacinamiento y falta de espacios de aislamiento con iluminación y ventilación natural adecuados.
- El Programa de control y seguimiento es poco estable, cuando existe.



### Caracterización de poblaciones vulnerables y comorbilidades casos de TB en Colombia años 2016 al 2018\*

2016-2018		Año 2016		Año 2017		Año 2018*	
		Casos de	% Casos	Casos de	% Casos	Casos	%Casos
SEXO	Hombres	8743	63,7	8859	64,1	9489	65,8
	Mujeres	4990	36,3	4965	35,9	4930	34,2
EDAD	Adultos (29-59 años)	6425	46,8	6370	46,1	6693	46,4
	Mayores de 65 años	2767	20,1	2771	20,0	2875	19,9
	Menores de 15	670	4,9	598	4,3	562	3,9
POBLACIONES	Privados de la libertad	701	5,1	946	6,8	1104	7,7
	Indigenas	827	6,0	755	5,5	772	5,4
	Afrodescendientes	917	6,7	782	5,7	744	5,2
	Habitante de Calle	513	3,7	554	4,0	536	3,7
	Migrantes	97	0,7	117	0,8	325	2,3
	Trabajadores de la Salud	268	2,0	264	1,9	320	2,2
	Personas discapacidad	105	0,8	97	0,7	105	0,7
	Room Gitano	46	0,3	36	0,3	48	0,3
	Gestantes	51	0,4	55	0,4	44	0,3
	Centros Psiquiátricos	39	0,3	44	0,3	39	0,3
COMORBILIDADES	TB-VIH/SIDA	2169	15,8	1468	10,6	1336	9,3
	Desnutrición	SD	0,0	SD	0,0	1518	10,5
	TB-Diabetes	SD	0,0	779	5,6	1058	7,3
	TB-EPOC	SD	0,0	SD	0,0	818	5,7
	TB- Renal	SD	0,0	331	2,4	435	3,0
	TB- Cáncer	SD	0,0	SD	0,0	226	1,6
	Silicosis	SD	0,0	SD	0,0	57	0,4
<b>TOTAL</b>		<b>13733</b>	<b>100</b>	<b>13825</b>	<b>100,0</b>	<b>14420</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIVIGILA/PNT año 2016 al 2018, Año 2018 preliminar.

Elaboró Oscar Andrés Cruz - Referente Técnico Programa Control de TB MSPS\* Datos preliminares sujetos a actualización.



CICR

Figura 6. Caracterización personas con diagnóstico de TB

En lo referente a la caracterización de las poblaciones vulnerables y las comorbilidades de casos de TB en Colombia en los años 2016 a 2018, se observa claramente el progresivo aumento de casos y la situación de alta vulnerabilidad de las poblaciones. El dato total da cuenta de 14.420 casos en el año 2018, en relación con los años 2016 con 13.733 y 2017 con 13.825.

#### 6.4 VIH (SIDA)

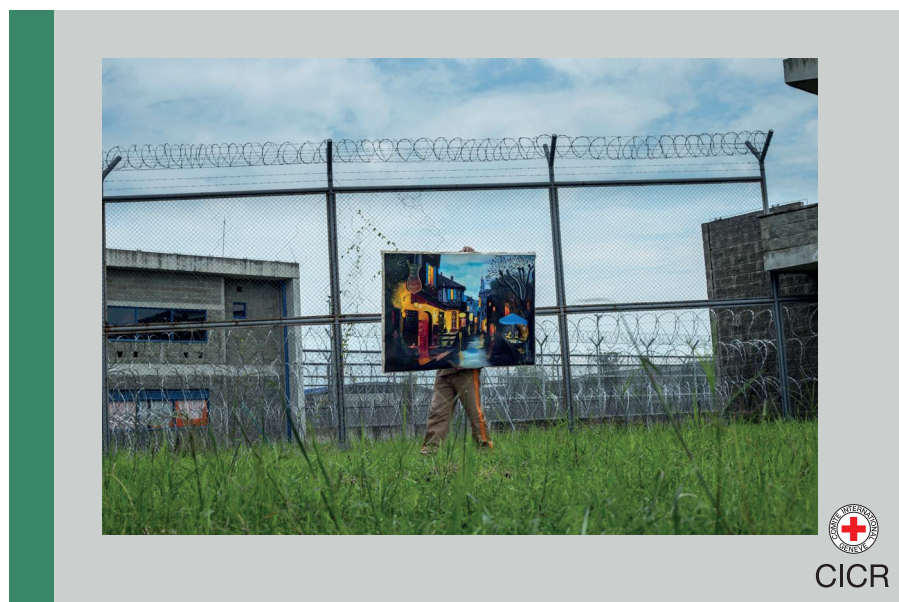
El VIH se detecta de forma pasiva durante las consultas médicas, sin que se haya implementado aún campañas masivas de tamizaje en la población. Se realiza a través de Instituciones Prestadora de Servi-

cios de Salud IPS especializadas, contratadas para esta actividad específica.

En el país no se ha realizado un estudio de prevalencia para VIH en la Población Privada de la Libertad.

#### 6.5 Salud Mental

A pesar de contar con consultas de psiquiatría y administración de medicamentos, el Programa de Salud Mental que se brinda a los pacientes en los patios, no contempla los componentes complementarios necesarios para una atención integral.



**Imagen 3.** Espacio carcelario externo.

### 6.6 Resolutividad en salud

El bajo nivel de resolución intramural genera una considerable demanda de solicitudes de remisiones a servicios de salud especializados, los mismos que son de di-

fícil cumplimiento debido a las limitaciones logísticas y a la escasa disponibilidad de cupos en la red de atención extramural contratada, lo cual propicia la interposición de Tutelas y Derechos de petición.



**Imagen 4.** Algunas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS integradas a los centros carcelarios o penitenciarios.



**Figura 7.** Instituciones responsables de la salud en centros carcelarios o penitenciarios.

Las responsabilidades de la organización y la operación del sistema de salud están a cargo de instituciones que deben actuar articuladamente, con el apoyo de otras instituciones que tienen acciones concurrentes, así como de la academia, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud y mejorar el sistema de prestación de salud de la PPL en Colombia. Estas instituciones son:

- Ministerio de Salud y Protección Social Minsalud
- Ministerio de Justicia y del Derecho Minjusticia
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC
- Unidad De Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC
- Consorcio Fiduciario

Dado que en la operación cotidiana se presentan desajustes que afectan la prestación de los servicios, se proponen al-

gunas recomendaciones que permitan ampliar la comprensión de la realidad penitenciaria y mejorar la prestación de la salud a sus poblaciones:

Rectoría integral del sistema  
 Priorización y gestión de necesidades en la salud de la PPL

### 6.7 Recomendaciones del estudio

1. Fortalecer la Rectoría del Sistema. Es indispensable que exista un orden y una jerarquía bien definida para que los organismos que operan en el sistema actúen de manera articulada y armónica en función del derecho a la salud de la PPL.
2. Avanzar en la contratación de IPS para el primer nivel de atención intramural.
3. Mejorar el mantenimiento correctivo y predictivo de los equipos biomédicos.



**Imagen 5.** Ponente Juan David Marín Vallejo.

## 7. REGLAS MANDELA

Oscar Ayzanoa<sup>1</sup>

**Título de la presentación: Las Reglas Nelson Mandela y otros mecanismos internacionales para la protección al derecho a la salud de las personas privadas de libertad**



**Figura 8.** Espacio interior de un centro carcelario o penitenciario.

### 7.1 Estructura de la presentación

La presentación se realizó con base en la siguiente estructura:

#### 7.1.1 Algunas reflexiones previas

Las Reglas Mandela son una serie de reglas establecidas por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas para garantizar los estándares que se reconocen como idóneos en lo que respecta al tratamiento de los reclusos y la administración penitenciaria.

Estas reglas llevan este nombre en honor a Nelson Mandela y establecen un estándar para el trato que deben recibir los reclusos a nivel mundial.

#### 7.2 Reglas Mínimas De Las Naciones Unidas Para El Tratamiento De Los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)

- No describe un sistema penitenciario modelo.
- Enuncia los principios y prácticas que

<sup>1</sup> Asesor de Sistemas Penitenciarios CICR.



se reconocen como idóneos respecto al tratamiento de los reclusos y la administración penitenciaria.

- Se busca estimular el esfuerzo constante por vencer las dificultades prácticas que se oponen a su aplicación.



Figura 9. Principios Mandela

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en diciembre del 2015 las “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos”, las que en adelante serían denominadas “Reglas Nelson Mandela”.

La observación preliminar N° 1 de estas normas reza: “*el objeto de las siguientes reglas no es describir en forma detallada un sistema penitenciario modelo, sino únicamente enunciar, partiendo de los conceptos generalmente aceptados en nuestro tiempo y de los elementos esenciales de los sistemas contemporáneos más adecuados, los principios y prácticas que hoy en día se reconocen como idóneos en lo que respecta al tratamiento de los reclusos y la administración penitenciaria*”.

Las Reglas enfatizan en que ningún sistema penitenciario de una nación debe

agrar los sufrimientos que implican la privación de la libertad y el despojo del derecho a la autodenominación de los detenidos.

La Observación preliminar 2 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos señala: “*Es evidente que, debido a la gran variedad de condiciones jurídicas, sociales, económicas y geográficas existentes en el mundo, no se pueden aplicar indistintamente todas las reglas en todas partes y en todo momento. No obstante, estas reglas deberán servir para estimular un esfuerzo constante por vencer las dificultades prácticas que se oponen a su aplicación, con la conciencia de que representan en su conjunto las condiciones mínimas admitidas por las Naciones Unidas*”.

Las Reglas tienen la siguiente estructura:

**I. Reglas de aplicación general.** La exposición hace mención especial de las primeras 5 Reglas:

Principios fundamentales. De la 1 a la 5.

**Regla 1** Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor intrínsecos en cuanto seres humanos. Ningún recluso será sometido a tortura ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, contra los cuales se habrá de proteger a todos los reclusos, y no podrá invocarse ninguna circunstancia como justificación en contrario. Se velará en todo momento por la seguridad de los reclusos, el personal, los proveedores de servicios y los visitantes.

**Regla 2 (1).** Las presentes reglas se aplicarán de forma imparcial. No habrá discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación. Deberán respetarse las creencias religiosas y preceptos morales de los reclusos. (2). Con el propósito de aplicar el principio de no discriminación, las administraciones penitenciarias tendrán en cuenta las necesidades individuales de los reclusos, en particular de las categorías más vulnerables en el contexto penitenciario. Se deberán adoptar medidas de protección y promoción de los derechos de los reclusos con necesidades especiales, y dichas medidas no se considerarán discriminatorias.

**Regla 3** La prisión y demás medidas cuyo efecto es separar a una persona del mundo exterior son aflictivas por el hecho mismo de que despojan a esa persona de su derecho a la autodeterminación al privarla de su libertad. Por lo tanto, a excepción de las medidas de separación justificadas y de las que sean necesarias para el mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no deberá agravar los sufrimientos inherentes a tal situación.

**Regla 4** Los objetivos de las penas y medidas privativas de libertad son principalmente proteger a la sociedad contra el delito y reducir la reincidencia. Esos objetivos solo pueden alcanzarse si se aprovecha el período de privación de libertad para lograr, en lo posible, la reinserción de los ex reclusos en la sociedad tras su puesta en libertad, de modo que puedan vivir conforme a la ley y mantenerse con el producto de su trabajo.

**Regla 5** El régimen penitenciario procurará reducir al mínimo las diferencias entre la vida en prisión y la vida en libertad que tiendan a debilitar el sentido de responsabilidad del recluso o el respeto a su dignidad como ser humano. Las administraciones penitenciarias facilitarán todas las instalaciones y acondicionamientos razonables para asegurar que los reclusos con discapacidades físicas, mentales o de otra índole participen en condiciones equitativas y de forma plena y efectiva en la vida en prisión.

En relación con los servicios médicos, el ponente menciona los contenidos de las siguientes reglas:

**Regla 24** La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia.

**Regla 25** Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación.

**Regla 26** El servicio de atención de la salud preparará y mantendrá historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todos los reclusos, y se deberá permitir al recluso que lo solicite el acceso a su propio historial. Todo recluso podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico.

**Regla 27** Todos los establecimientos penitenciarios facilitarán a los reclusos acceso rápido a atención médica en casos urgentes. Los reclusos que requieran cuidados especiales o cirugía serán trasladados a establecimientos especializados o a hos-

pitales civiles. Cuando el establecimiento penitenciario tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a los reclusos que les sean remitidos.

**Regla 28** En los establecimientos penitenciarios para mujeres habrá instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las reclusas durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después.

**Regla 29** Toda decisión de permitir que un niño permanezca con su madre o padre en el establecimiento penitenciario se basará en el interés superior del niño. Cuando los niños puedan permanecer con su madre o padre, se tomarán disposiciones para: a) Facilitar servicios internos o externos de guardería, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por su madre o padre; b) Proporcionar servicios de atención sanitaria especiales para niños, incluidos servicios de reconocimiento médico inicial en el momento del ingreso y servicios de seguimiento constante de su desarrollo a cargo de especialistas.

**Regla 30** Un médico u otro profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada recluso, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario.

**Regla 31** El médico o, cuando proceda, otros profesionales de la salud competen-

tes, tendrán acceso diario a todos los reclusos enfermos, a todos los que afirmen padecer enfermedades o lesiones físicas o mentales y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. Todos los exámenes médicos se llevarán a cabo con plena confidencialidad.

**Regla 32** La relación entre el médico u otros profesionales de la salud y los reclusos estará determinada por las mismas normas éticas y profesionales que se apliquen a los pacientes en la comunidad exterior.

**Regla 33** El médico informará al director del establecimiento penitenciario cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por su reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión.

**Regla 34** Si los profesionales de la salud, al examinar a un recluso en el momento de su ingreso en prisión o al prestarle atención médica posteriormente, se percatan de algún indicio de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, deberán documentar y denunciar esos casos ante la autoridad médica, administrativa o judicial competente.

## II. Reglas aplicables a categorías especiales

### 7.3 (REGLAS BANGKOK 6-18)

El 21 diciembre de 2010, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó las Reglas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no

Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes, también conocidas como “Reglas de Bangkok”, las cuales señalan los requisitos necesarios que se deben atender para garantizar condiciones de vida digna para esta población.

Las Reglas de Bangkok son una directriz a seguir por la autoridad, ya que contemplan los aspectos básicos que se deben atender para que se respeten y promuevan los derechos de las internas y sus hijos, tales como: ingreso, registro, lugar de reclusión, higiene personal, servicios de atención a la salud orientada expresamente a la mujer, prevención, tratamiento, atención y apoyo al VIH, programas de tratamiento de uso de drogas, prevención al suicidio y lesiones autoinfligidas, seguridad, vigilancia, disciplina y sanciones, contacto con el mundo exterior, personal penitenciario, capacitación, clasificación, régimen penitenciario, relaciones sociales y asistencia posterior al encarcelamiento. De igual forma se hace referencia a las condiciones que se deben brindar a las mujeres embarazadas, lactantes y con hijos en la prisión, extranjeras, grupos minoritarios, internas en prisión preventiva, medidas no privativas de libertad, disposiciones posteriores a la condena y sensibilización pública. El enunciado anterior no es exhaustivo, solo son algunas condiciones que se deben atender y promover para su aplicación en un centro de reclusión para mujeres.

- Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (2008).

#### **7.4 Principios y Buenas Prácticas sobre Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas - CIDH**

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, a instancia de su Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad adopta los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (OEA/Ser/L/V/II.131 doc. 26). Destaca el ponente de manera especial el Principio X, relacionado con la salud: “Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y las niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, tuberculosis, y las personas con enfermedades en fase terminal. El tratamiento deberá basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas”.

El Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lu-

gares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad.

#### **7.5 Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (1982).**

Adoptados por la Asamblea General en su Resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.

**Principio 1.** El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

**Principio 2.** Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos.

**Principio 3.** Constituye una violación de la ética médica el hecho de que el perso-



nal de salud, en particular los médicos, tengan con los presos o detenidos cualquier relación profesional cuya sola finalidad no sea evaluar, proteger o mejorar la salud física y mental de éstos.

**Principio 4.** Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos:

a) Contribuyan con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas presas y detenidas, en una forma que pueda afectar la condición o salud física o mental de dichos presos o detenidos y que no se conforme a los instrumentos internacionales pertinentes.

b) Certifiquen, o participen en la certificación, de que la persona presa o detenida se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental y que no concuerde con los instrumentos internacionales pertinentes, o participen de cualquier manera en la administración de todo tratamiento o castigo que no se ajuste a lo dispuesto en los instrumentos internacionales pertinentes.

**Principio 5.** La participación del personal de salud, en particular los médicos, en la aplicación de cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no pre-

senta peligro para la salud del preso o detenido.

**Principio 6.** No podrá admitirse suspensión alguna de los principios precedentes por ningún concepto, ni siquiera en caso de emergencia pública.

El Estado garantizará que los servicios de salud funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública se incorporen en prisiones.

## 7.6 Conclusiones

- Es importante que todos los actores del sistema deban conocer, Incorporar y aplicar todas las normas vigentes. (Idem)
- El Derecho a la salud se materializa a partir de hechos concretos, siendo algunos de los más importantes la Cobertura y Acceso a los servicios.
- A la PPL debe garantizarse el ciclo completo de la salud (prevenir es más efectivo/económico que curar).
- Atención especial a las Poblaciones más Vulnerables, ¿cómo hacer para que se visibilicen y se atiendan adecuadamente?)
- Es indispensable la Coordinación intra e inter institucional para garantizar la integralidad en la salud y en la atención en salud.
- Es fundamental que no exista una dispersión de agencias “responsables” de múltiples tramos de atención en salud. Es urgente implementar una Rectoría única que ejerza el liderazgo.



## 8. REGLAS MANDELA Y SALUD PENITENCIARIA

Nuria Carrera Grañó<sup>1</sup>

### OSCURIDAD

Amanece...  
Y con la luz del alba  
renacen los sueños  
las esperanzas renovadas  
dejándose escuchar  
el parloteo que viene y va  
rompiendo el silencio matutino  
voces de mujeres intensas  
que anhelan a gritos “Libertad”...  
Mujer detenida en Cefere, Panamá

*Mujer detenida en Cefere, Panamá*



**Figura 9.** Reglas Mandela y su relación con la salud penitenciaria.

Su presentación se desarrolla teniendo en cuenta los contextos mundiales y latinoamericanos en relación con el incremento de la Población Privada de Libertad PPL

y el aumento de las mujeres en las prisiones, haciendo también un llamado al cumplimiento de las Reglas Mandela y de sus principios.

<sup>1</sup> Médica Detención CICR.

Así mismo, señala un crecimiento de la PPL entre el año 2000 y el 2017, lapso en el cual se registraron 10.35 millones de personas en el mundo privadas de la libertad (2017), de las cuales el 30% están en re-

clusión preventiva. Cerca de un millón de mujeres se encuentran confinadas, lo que significa un mayor crecimiento en el número de mujeres frente al de los hombres.



Figura 10. Contexto mundial

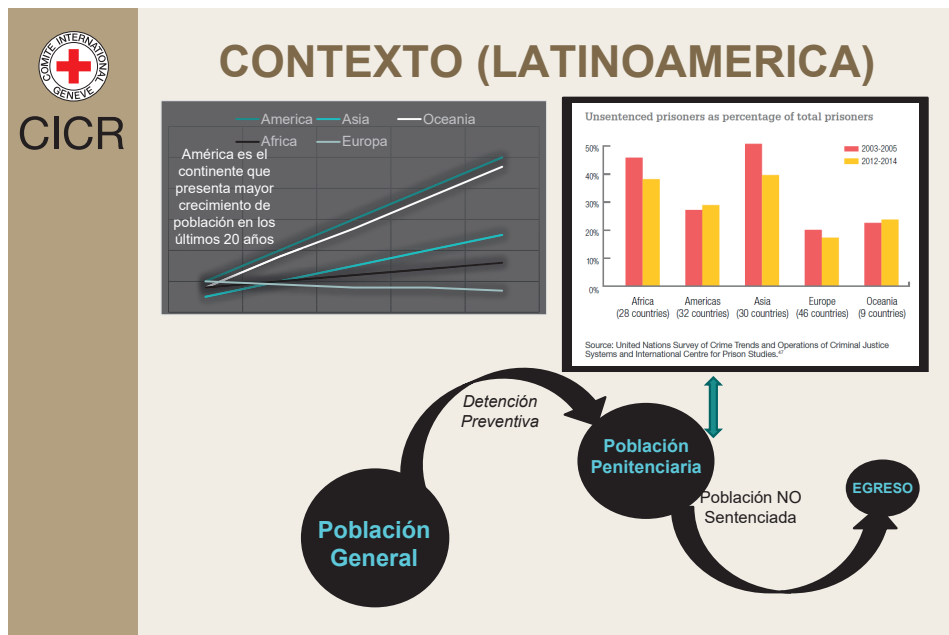


Figura 11. Contexto internacional

De igual manera, destaca como temas prioritarios el cumplimiento de los siguientes principios:

1. **Dignidad.** (Entorno Físico)
2. **No Discriminación** (Poblaciones con necesidades especiales)
3. **No Lesividad** (Salud de “todas” las personas que habitan un centro penal)
4. **Reinserción** (Mujeres en detención, Reglas Bangkok)
5. **Normalidad** (Conexión con el sistema de salud externo)

Llama la atención acerca del quehacer en los centros de reclusión en relación con la salud, para lo cual propone los siguientes interrogantes:

1. ¿Curar la enfermedad?
2. ¿Rehabilitar la discapacidad?
3. ¿Prevenir que la enfermedad ocurra?
4. ¿Promover y proteger la salud?

Cuando se trata de Salud en Detención debe tenerse en cuenta que hay al menos dos categorías que permiten diferenciar lo conceptual y lo de abordaje: la Medicina Penitenciaria y la Salud Penitenciaria.

La Medicina Penitenciaria centra su accionar en: el Paciente (ser humano enfermo, la enfermedad, los servicios de atención a la enfermedad y un arsenal técnico-científico para la atención de la enfermedad.

Por su lado, la Salud Penitenciaria centra su accionar en: la Persona sana, la salud, el ambiente y las conductas saludables, en “Estar y sentirse bien”.

Dos enfoques y dos núcleos de trabajo que deben ser debidamente considerados por cuanto es sabido que los Problemas médicos exclusivos constituyen apenas el 10%, frente a la magnitud de los Problemas no médicos que representan el 90% restante.

En relación con las Reglas, menciona algunos cometarios fundamentales:

### **Regla 1: Principio de la dignidad humana**

Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor intrínsecos en cuanto seres humanos. Ningún recluso será sometido a tortura ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes...”

- La dignidad humana es la base esencial del trato.
- No existe ninguna circunstancia que justifique la tortura y los malos tratos

¿Cuál es la intervención médica más digna?

Aquella que promueve la vida en condiciones cotidianas de dignidad; y no aquella que procura mitigar el sufrimiento evitable.

### **Regla 2: Principio de imparcialidad y no discriminación**

*“Las presentes reglas se aplicarán de forma imparcial. No habrá discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole. Deberán respetarse las creencias religiosas y preceptos morales de los reclusos”.*

Esta regla pone en la línea de discusión aspectos, tanto del respeto por la condición física y biológica, como por rasgos conceptuales y de conciencia de las PPL. Así, por ejemplo:

a) Las personas privadas de la libertad con deficiencia, disfunción o minusvalía

La discapacidad es la falta de capacidad del centro penal -y del sistema de salud- para mitigar las consecuencias de cada una de estas tres esferas:

- Deficiencia: amputación de miembros inferiores (discapacidad por falta de prótesis)
- Disfunción: limitaciones al movimiento (discapacidad por falta de rampas o accesos)
- Minusvalía: necesidades diferentes y especiales (discapacidad por no recibir dieta especial)

*“La apropiada adecuación física permite mitigar las complicaciones derivadas de la discapacidad física y mental... Deben tenerse en cuenta las necesidades especiales de la población al momento de llevarse a cabo el diseño y construcción de Centros Penales”<sup>1</sup>*

b) Ancianos

Más de un millón de personas privadas de libertad tienen más de 60 años.

- Después de los 60 años, los privados de libertad tienen 15 veces más riesgo de sufrir demencia.
- Se estima que más de la mitad de los casos de demencia en centros

penales, en mayores de 60 años, no es diagnosticado.

- Después de los 50 años, hasta el 50% de los hombres sufre de Hipertrofia benigna de próstata (después de los 60, el 70% y después de los 70 el 90%)
- Hipertensión arterial y diabetes se presentan hasta en un 30% de la PPL.

c) Consumidores de sustancias psicoactivas

El gran reto es identificar el objetivo terapéutico de cada privado de libertad de forma particular. Para ello se debe hacer uso de los saberes y experiencias acumulados sobre:

- Prevención Primaria (Educación y Promoción de conductas saludables)
- Prevención Secundaria (Programas de sustitución de sustancias, i.e. Metadona)
- Reducción del daño (Programas intercambio de agujas)

### **Regla 3: Principio de Menor Lesividad**

*“La prisión y demás medidas cuyo efecto es separar a una persona del mundo exterior son aflictivas por el hecho mismo de que despojan a esa persona de su derecho a la autodeterminación al privarla de libertad. Por lo tanto, a excepción de las medidas de separación justificadas y de las que sean necesarias para el mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no deberá agravar los sufrimientos inherentes a la situación”.*

1 WHO Report. Prison and Health. 2014. p. 6

La privación de libertad: ¡enferma! y mata...

- Las personas que salen de la cárcel tienen en promedio 8 años menos en la esperanza de vida
- 50% más probabilidad de morir por cualquier causa
- 5 veces más frecuente la presencia de infección por VIH (SIDA)
- 75% más probabilidad de tener diabetes
- Entre 10 y 100 veces más riesgo de tener Tuberculosis
- En promedio un médico para atender 3.000 privados de libertad

Sobre el entorno físico y Salud Mental de la PPL, es bueno señalar que “En un estudio realizado por la New York Correctional Industries, se demostró que la variable más influyente en la aparición

de nuevos casos de patología mental en PPL, es la no disponibilidad de una infraestructura especial para llevar a cabo la psicoterapia donde se tenía disponibilidad de un profesional.<sup>5</sup>

Desde estas apreciaciones reales de diversidad en el mundo de la PPL, se insiste en invitar a una atención que valore la dignidad desde el interrogante de ¿cuál es la intervención médica más digna?

Por último, se reflexiona sobre el cumplimiento de las Reglas Mandela bajo las premisas antes mencionadas, en búsqueda de la equidad para alcanzar la salud en las prisiones y se presenta como mensajes claves para este propósito nuevamente la comprensión y aplicación de los principios de: **dignidad, imparcialidad, no lesividad, normalidad.**



Figura 12. Mensajes claves

5 Journal of Correctional Health Care, 2015 (1): 13-19

## 9. PANORAMA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EISP EN CÁRCELES DE COLOMBIA.

Jorge Luis Díaz Moreno <sup>1</sup>

La presentación hace referencia al reconocimiento del contexto de la notificación de EISP en población privada de la libertad en Colombia, mediante el proceso que va desde la notificación inmediata

hasta la definición de estrategias y el apoyo al sistema, realizados por el Instituto Nacional de Salud INS, en coordinación interinstitucional e intersectorial.

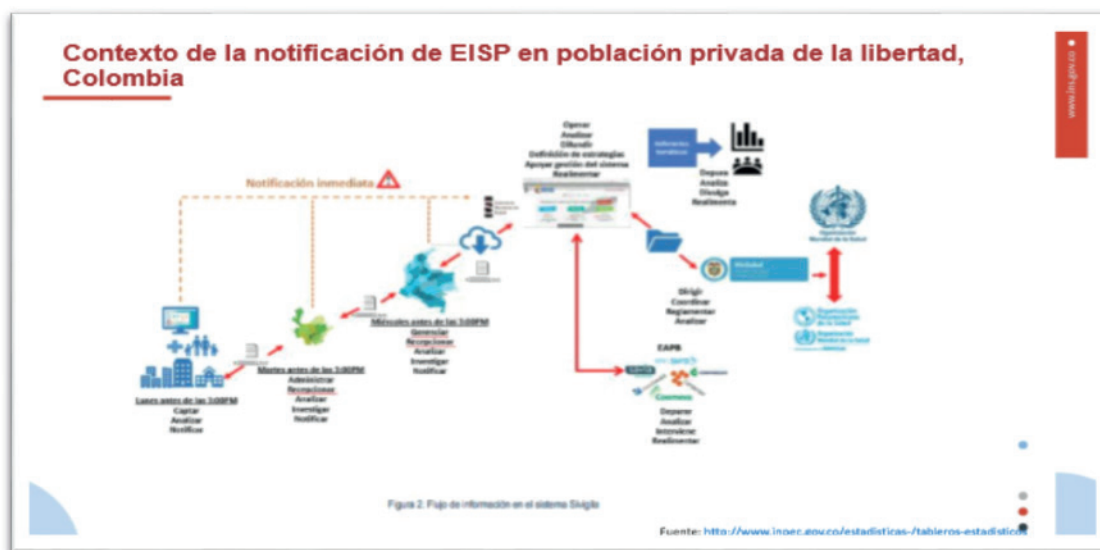


Figura 13. Ruta notificación EISP

Así mismo, presenta una línea de tiempo ilustrando el proceso de trabajo sobre este tipo de eventos en salud, aplicado a la PPL en Colombia.

- 2012 - Circular 051 de 2012 “Lineamientos para la Vigilancia y Control de Eventos de Interés en Salud Pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios”

<sup>1</sup> MD. Esp. Grupo Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos y Epidemias en Salud Pública - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud (INS) Colombia.



- 2013 - Caracterización de 35 Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios (EPC) dependientes del INPEC y cárceles municipales (Proyecto de ampliación)
  - 2014 - Circular 0015 de 2014 “Énfasis en la caracterización de los centros de reclusión en Colombia, unificando la estructura y designando responsables de la notificación”
  - Caracterización de 146 EPC y cárceles municipales, 114 como UPGD y 32 como UI
  - 2015 - Capacitación en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Depuración de la base quedando 137 EPC dependientes del INPEC y 4 Cárceles municipales caracterizadas en el sistema
  - 2016 - “Lineamientos Nacionales de Vigilancia para el año 2016”, codificación unificada en todo el país de los EPC
  - 2016 y 2017 - Se logró la caracterización de 169 EPC y cárceles que dependen de las entidades territoriales: 137 son EPC del INPEC, 27 son cárceles municipales, 2 son distritales y 3 son correccionales.
  - Cierre de 1 EPC
- Luego presenta de forma detallada el comportamiento de algunas condiciones de salud de la PPL en Colombia.

### **9.1 Las responsabilidades de las diferentes instituciones:**

- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)  
Programas de limpieza y desinfección de áreas, vectores y plagas  
Implementación del Sivigila. Aplicar medidas de contención de brotes
- Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC)  
Infraestructura y dotación servicios higiénico - sanitarios. Biológicos para el control de brotes
- Entidad Territorial. Investigación epidemiológica de campo
- Fiducia. Administración de los recursos del Fondo Nacional de Salud de PPL.
- Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
- Cárceles distritales y municipales



**Figura 14.** Contexto administrativo PPL

Acto seguido, se precisa el proceso administrativo del Sistema Carcelario Colombiano en los ERON y cárceles de Colombia para el año 2019.



**Figura 15.1:** Contexto administrativo PPL

Posteriormente, se describe el contexto de la presencia de enfermedades en la población PPL de Colombia. Se presentan detalladamente, los datos relacionados con la presencia de estas enfermedades y sus comportamientos, de notificación en Colombia, evidenciando la presencia de

la tuberculosis, parotiditis, varicela, VIH, malaria, así como los intentos de suicidio, y la violencia de género.

Es claro que las patologías más prevalentes en el 2016, 2017 y 2018 fueron las Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETA y la Tuberculosis, seguidas por la parotiditis. De la misma manera, el intento de suicidio

Se trata entonces de patologías completamente prevenibles y por ende intervenibles.

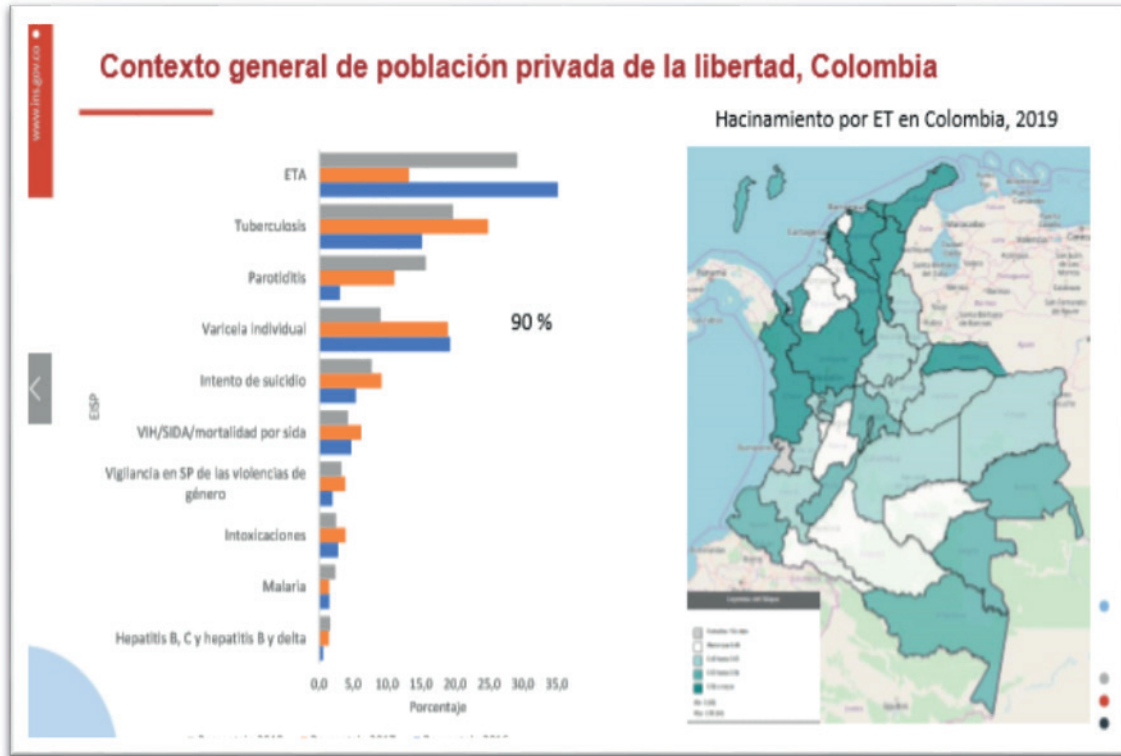


Figura 15.2. Contexto general de la PPL

**Miércoles 13 de noviembre**

**Segunda jornada (tarde)**

El desarrollo de esta segunda jornada gira alrededor de las Problemáticas en Salud Penitenciaria. Estasson: Enfermedades de Interés en Salud Pública y enfermedades transmisibles. Infecciones de Transmisión

Sexual y Tuberculosis, consideradas como dos realidades de alta complejidad presentes de manera recurrente en estas poblaciones. La jornada contó con tres presentaciones que, desde instituciones como la OPS/OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, resaltan las estrategias y acciones propuestas.

## 10. ESTRATEGIA PARA EL FIN DE LA TUBERCULOSIS

Ingrid García<sup>1</sup>

En una amplia presentación da cuenta de los marco teóricos y científicos de la Tuberculosis como enfermedad de alta presencia y complejos abordajes, pasando por los datos que tiene el mundo, las estrategias desarrolladas, la realidad de la población PPL y los desafíos que des-

de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se requieren, se dejan planteados los retos para asumir. Este texto dio cuenta de algunas de las importantes consideraciones presentadas por la autora a partir de su presentación en el seminario.



Figura 16. Estrategia para la TB



Figura 16.1. Análisis de la TB en PPL

1. OPS / OMS

Según informes, la prevalencia de la Tuberculosis en las cárceles puede llegar a ser 100 veces mayor a la de la población civil. Los casos de Tuberculosis en las cárceles pueden representar hasta el 25% de la carga de morbilidad de un país por esta enfermedad.

La transmisión de la Tuberculosis se ve favorecida por el diagnóstico tardío, el tratamiento inapropiado, el hacinamiento, la ventilación deficiente y los repetidos traslados. La infección con el VIH y otras patologías más comunes en las cárceles (por ejemplo, malnutrición, abuso de sustancias) propician el desarrollo de la enfermedad activa y la ulterior transmisión de la infección.

Las cárceles funcionan como reservorios de la Tuberculosis que bombean la enfermedad hacia la comunidad civil a través del personal, los visitantes y los antiguos presos inadecuadamente tratados. Es una enfermedad que no respeta los muros de las cárceles.

El control de la Tuberculosis en las cárceles beneficia a toda la comunidad. En sus esfuerzos por controlar la Tuberculosis. Es decir, la comunidad no puede permitirse pasar por alto la Tuberculosis en las cárceles.

Las PPL tienen derecho a acceder a la atención médica, al menos del mismo nivel, que la comunidad en general. El contagio de la Tuberculosis no forma parte de la condena de un recluso.

Prestar atención y destinar recursos a la atención del problema de la Tuberculosis en las cárceles puede conducir a un mejoramiento general de las condiciones carcelarias, la salud de los presos y los derechos humanos.

De igual forma, se explicaron las estrategias para reducir la vulnerabilidad de la población en privación de la libertad frente a la Tuberculosis: diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control, prevención, atención integrada y educación.

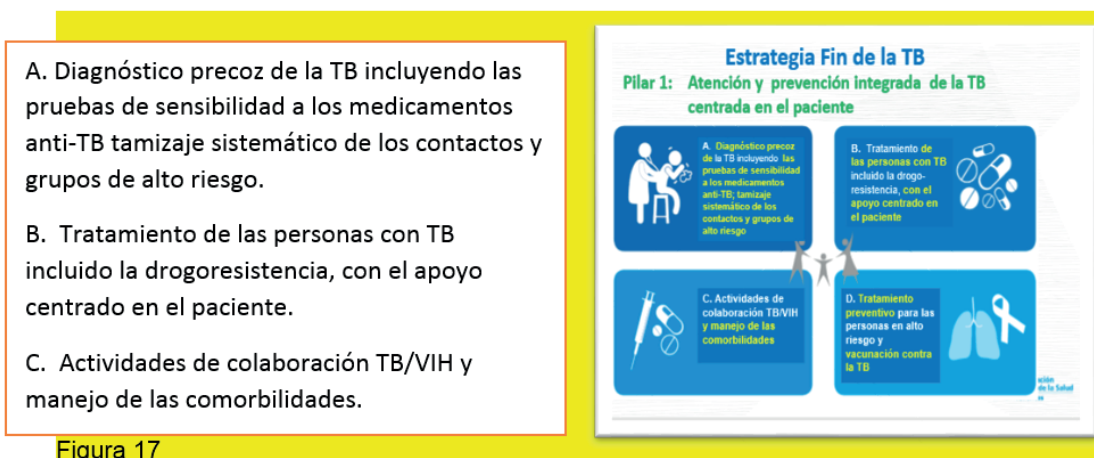


Figura 17

Figura 17

Figura 17.1





Figura 17.2 Políticas audaces y sistemas de apoyo



Figura 17.3 Políticas audaces y sistemas de apoyo



Figura 18. Objetivos de desarrollo sostenible



## **Jueves 14 de noviembre** **Primera jornada (mañana)**

El desarrollo de esta jornada se plantea alrededor de tres realidades de alto impacto en los contextos de privación de libertad: el abordaje a la discapacidad, el consumo de sustancias psicoactivas y los programas de reinserción social. Durante la jornada se presentaron modelos nacionales e internacionales, con la descripción de programas especiales.

Por su parte, Colombia presentó el Programa para el abordaje de la discapacidad en las personas privadas de la libertad. España, por su lado, explicó la experiencia para la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en contextos carcelarios; mientras Perú socializó los programas y las estrategias, como experiencias exitosas, para la reinserción social en poblaciones penitenciarias.

## 11. PROGRAMA DE DISCAPACIDAD EN EL SISTEMA PENITENCIARIO Y CARCELARIO COLOMBIANO.

Alba Patricia Palacios<sup>1</sup>

La presentación se planteó en cuatro momentos, los cuales permitieron reconocer cómo se desarrollan las estrategias en el contexto penitenciario colombiano.

1. Qué es la discapacidad
2. Caracterización de la Población Privada de la Libertad con Discapacidad
3. Cómo se ha logrado la caracterización de la PPL con Discapacidad
4. Ajustes razonables y accesibilidad

### 11.1 Qué es la discapacidad

La primera parte de la ponencia se enmarca en un caso real, con base en las experiencias de una persona con discapacidad en un contexto de privación de libertad. Esta es la historia de Juan y sus vivencias en el ERON.

*“Hola, mi nombre es Juan, tengo 32 años y era docente en un colegio público. Mi situación judicial me permite redimir pena con trabajo, y tengo la oportunidad de dictar clases en el ERON a mis compañeros, en el ERON de Tierra de Paz.*

*Hace 11 años sufrí un accidente de tránsito que me afectó la columna. Los médicos me dijeron que tenía un trauma raquímedular que me ocasionó una paraplejia. Es decir, que no puedo mover las piernas, ni estar de pie, ni caminar. Por esta razón soy usuario de silla de ruedas, es el producto de apoyo que me permite los desplazamientos.*

*El inconveniente que tengo es que el salón dispuesto para dictar las clases queda en un segundo piso y no puedo llegar, tampoco puedo ir al comedor que facilita el trabajo de grupo”*

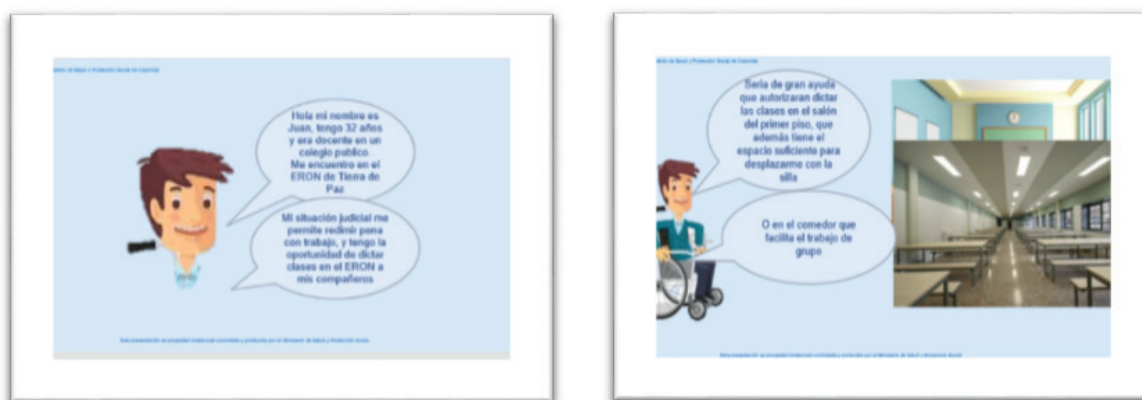
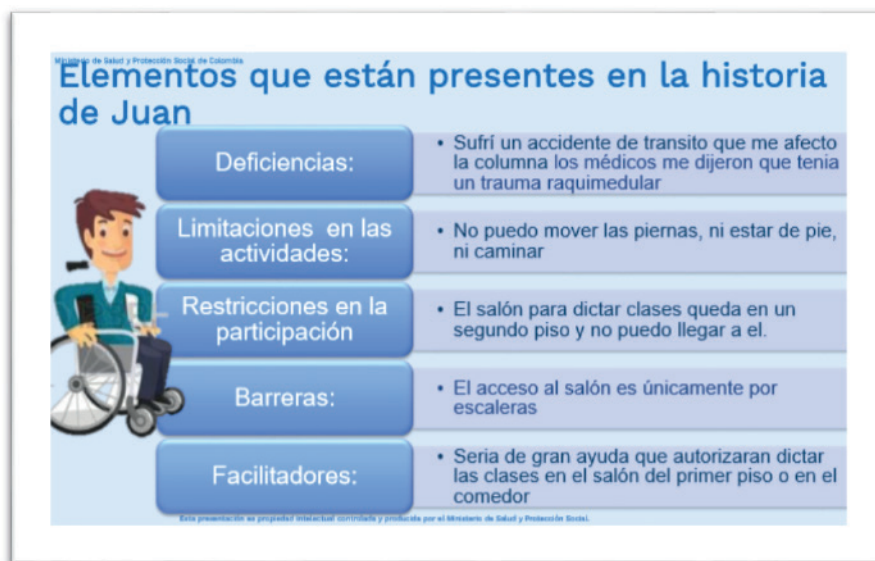


Figura 19: La voz de la discapacidad I

1 Ministerio de Salud y Protección Social Mónica Arango, INPEC  
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social



**Figura 20:** la voz de la discapacidad II

Definición de “discapacidad” a la luz de la ley 1346 de 2009:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Ley 1346 de 2009)

### 11.2 Caracterización de la población privada de libertad

- Aproximadamente el 70% de la PPL se encuentra en los establecimientos de reclusión, distribuidos en 133 establecimientos de todo el territorio nacional.
- 6 de estos establecimientos están destinados a la reclusión de mujeres.
- 2.694 personas privadas de la libertad se encuentran en el Registro de Localización y caracterización de las personas con discapacidad RLCPD, lo que corresponde al 2% de la PPL.

- ¿Por qué caracterizar a la PPL con discapacidad?
- En el marco del trabajo que desarrolla CICR al interior de los ERON se evidenció que no se cuenta con una caracterización de la PPL.
- Se identifican como personas con discapacidad solo a aquellas que presentan una discapacidad física, las demás categorías de discapacidad no se evidencian.
- Esta situación genera dificultad para la PPL con discapacidad, debido a que no se garantiza el acceso a los diferentes servicios por su condición.
- Al momento del ingreso en el EMI se tramita la ficha, pero no se establece la identificación de aquellos que adquieren la discapacidad al interior del ERON.
- La propuesta de ajustes se hace por cada caso según sea la necesidad, pero no hay un plan de atención general para la PPL con discapacidad.
- No existe una ruta establecida de identificación de la PPL con discapacidad.

- De esta manera se describen las principales afectaciones que presenta la población PPL; caracterización por género.

Alteraciones Permanentes	FEMENINO	MASCULINO	Total general	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	97	1.012	1.109	41,17
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	39	245	284	10,54
El sistema genital y reproductivo	14	140	154	5,72
El sistema nervioso	193	833	1.026	38,08
La digestión, el metabolismo, las hormonas	9	130	139	5,16
La piel	5	53	58	2,15
La voz y el habla	17	106	123	4,57
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	1	33	34	1,26
Los oídos	12	244	256	9,50
Los ojos	55	754	809	30,03
<b>Total general</b>	<b>326</b>	<b>2.367</b>	<b>2.693</b>	

Fuente: MSPS SISPRO- RLCPD Septiembre 2019

Figura 21. Principales afectaciones que presenta la población PPL; caracterización por género

Esta clasificación describe las principales dificultades que tienen para realizar las actividades al interior de las prisiones y de tener una mejor calidad de vida.

DIFICULTAD PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS	Total general
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	96
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	274
Caminar, correr, saltar	903
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	242
Hablar y comunicarse	146
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	422
Oír, aun con aparatos especiales	197
Pensar, memorizar	719
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	708
Relacionarse con las demás personas y el entorno	548

Fuente: MSPS SISPRO- RLCPD Septiembre 2019

Figura 22. Dificultades para realizar las actividades diarias

Relación del número de personas privadas de la libertad que presentan discapacidad, la cual limita la realización de acciones de autocuidado.

- a. Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo 96
- b. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo 274
- c. Caminar, correr, saltar 903
- d. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón 242
- e. Hablar y comunicarse 146
- f. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos 422
- g. Oír, aún con aparatos especiales 197
- h. Pensar, memorizar 719
- i. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas 708
- j. Relacionarse con las demás personas y el entorno 548

Estos datos cuantifican las mayores dificultades existentes para los PPL, caracterizados con alguna discapacidad en un total de población.

### 11.3 ¿Cómo se ha logrado la caracterización de la PPL con Discapacidad?

Se reconoce la importancia de la estrategia conjunta con el CICR para lograr esta caracterización y sus logros, para lo cual se definió como objetivo:

“Contar con información actualizada de la PPL con Discapacidad, que permita el desarrollo de las acciones teniendo en cuenta las dinámicas propias de cada establecimiento, así mismo se plantean algunos logros, dentro de los cuales encuentra la definición de una ruta de atención de la PPL en discapacidad para Colombia”

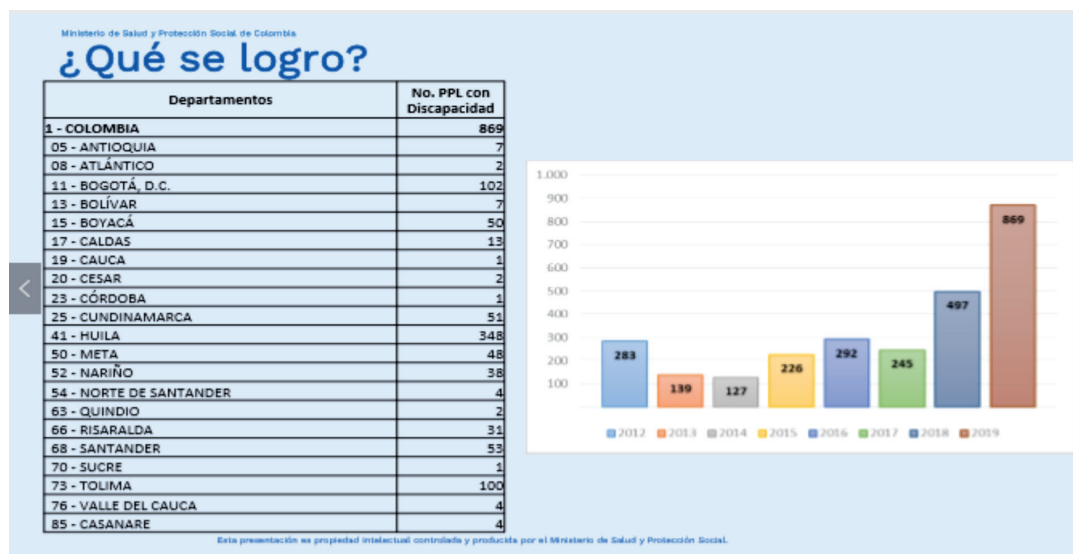
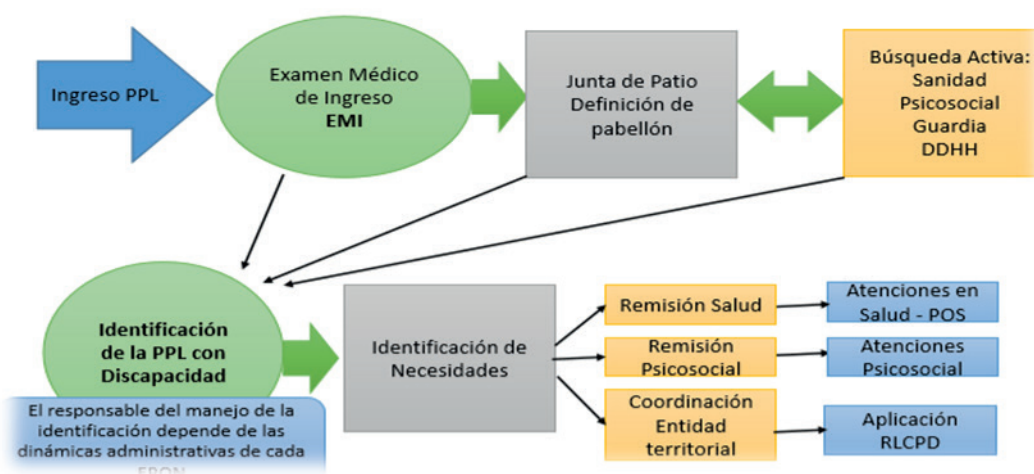


Figura 23. Logros



**Figura 24** Ruta de atención en salud para la persona privada de la libertad

#### 11.4 Ajustes razonables y accesibilidad

Son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas, encaminadas a garantizar que en la prestación del servicio se atiendan los requerimientos específicos que aseguren efectivamente a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos y particularmente, la toma de decisiones informadas en esta materia y que no impongan una carga desproporcionada o indebida sobre los servicios de salud. Los ajustes razonables se orientarán a eliminar las barreras actitudinales, comunicacionales y/o físicas.

#### 11.5 Ejemplos de ajustes razonables:

- Apoyar el lenguaje oral con imágenes sobre la información que se está brindando.
- Hablar despacio, usar frases cortas, vocalizar adecuadamente.
- Dividir la información compleja en ideas cortas.
- Verificar si se comprendió la información y repetir cuando sea necesario.
- Cambiar los términos técnicos por un lenguaje sencillo.
- Programar una cita doble para contar con más tiempo.



## 12. ABORDAJE A LA DROGADICCIÓN EN DETENCIÓN (EXPERIENCIA EN ESPAÑA)

Enrique Jesús Acín García<sup>1</sup>

Esta experiencia fue presentada en 3 momentos: evolución de la población privada de la libertad en España, descripción de los componentes poblacionales, la relación directa

con el consumo de drogas, las estrategias y los programas que se desarrollan en campo de la salud mental para disminuir, mitigar o intervenir los riesgos.



Figura 25. Evolución de la población en II.PP

El componente de sexo da cuenta de un 92,5% de hombres y un 7,5% mujeres; el rango de edad de mayor frecuencia oscila entre los 41 y 60 años con un porcentaje del 39,7%.

En cuanto a la nacionalidad, el 72% son ciudadanos españoles y el 28% extranjeros; el

nivel educativo predominante con un 50% corresponde a estudios secundarios, seguido del 28% con estudios primarios, un 17% tiene estudios primarios incompletos y solo un 5% tiene formación profesional.

1 Jefe de Área de Salud Pública. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria Ministerio de Interior España.



Figura 26. Población penitenciaria en España por grupos de edad

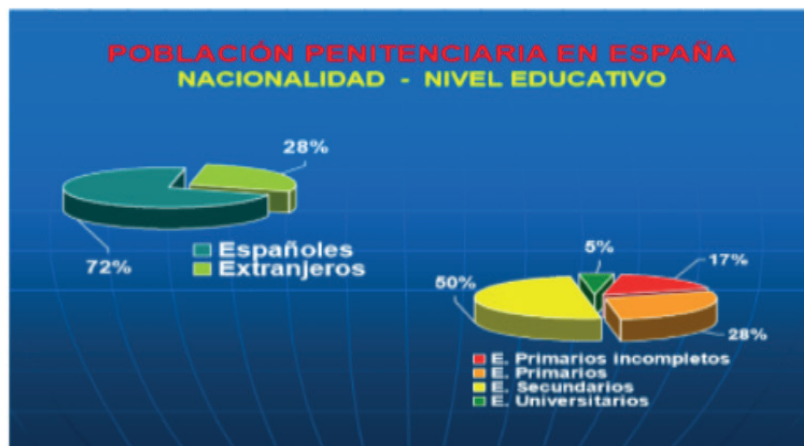


Figura 27. Población penitenciaria en España por nacionalidad y nivel educativo

Los delitos de mayor ocurrencia son los delitos contra el patrimonio, seguidos por delitos contra la salud pública, delitos contra las personas, violencia sexual y libertad sexual.

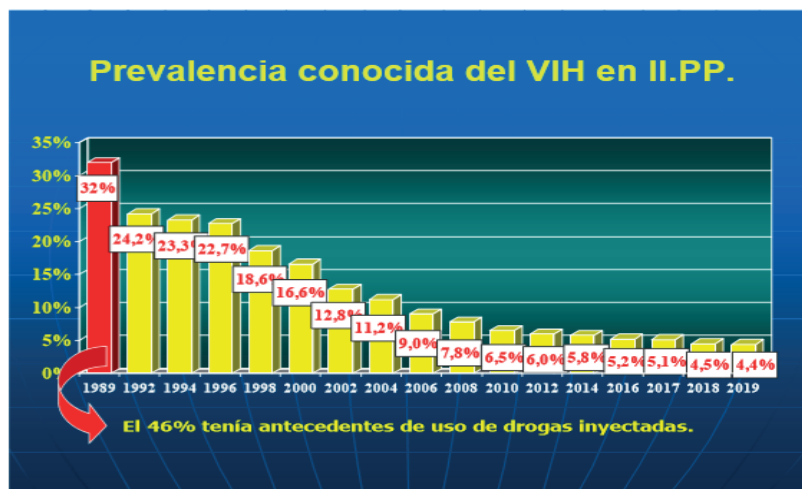


Figura 28. Prevalencia conocida del VIH en II. PP

Se describe además la frecuencia del VIH como una de las enfermedades más prevalentes.

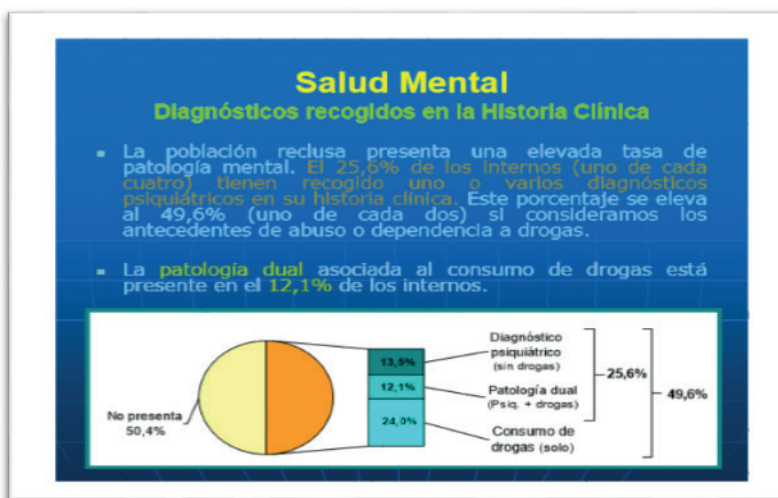


Figura 29. Diagnósticos Salud Mental

En el caso de la salud mental de la población, con datos obtenidos de la historia clínica, se presentan los siguientes resultados: el 24% de la población tiene uno o varios diagnósticos psiquiátricos; en lo relacionado con el consumo de drogas estos datos representan el 49.6%. Así mismo, la patología dual asociada al consumo de drogas representa el 12.1% de los internos.

En cuanto hace referencia a la intervención con la población drogodependiente se esta-

blecen dos estrategias que tienen como propósito el cumplimiento de tres alcances:

### 12.1 Estrategias:

- Reducción de la oferta
- Intervención sobre la demanda

**12.2 Alcances de la intervención sobre la demanda:** se trabaja sobre tres áreas importantes: a) la Prevención; b) la asistencia; c) la reincorporación social



Figura 30 Tipos de intervención con drogodependientes

El componente de Asistencia se ejecuta a través de varios grupos de acciones, entre los cuales los más importantes son: la intervención sanitaria, la reducción de los daños y riesgos, la deshabilitación y la intervención psicosocial.

Se presenta el desarrollo de las acciones de prevención enunciando los retos y estrategias para la prevención de enfermedades de transmisión en detención, lo cual ha sido posible gracias a la estrategia de la educación a través de los *mediadores en salud*.

Esta estrategia se basa en la potencialidad del principio en grupos sociales determinados de trabajar con el concepto de “educación

entre iguales” para generar grupos de formadores al interior de los establecimientos contando con la misma PPL.

Para formar los formadores se tienen en cuenta las siguientes características de los pares que ejecutarán la tarea:

- Que sean líderes dentro de su comunidad
- Que sean comunicadores creíbles, que inspiren confianza y sean respetados dentro del grupo
- Que tengan conocimiento adecuado de su comunidad
- Que deseen contribuir a mejorar las condiciones de vida de su grupo

**Prevención en el medio Penitenciario**

**Retos:**

- Medio físico con unos condicionantes espacio-temporales restrictivos por exigencias de seguridad.
- Modelo de institución con tiempos y rutinas administrados.
- Falta de privacidad e intimidad.
- Transformación del individuo: cambio de conductas.

**Oportunidades:**

- Permite contactar con una población de alta vulnerabilidad.
- Acceso al uso de recursos básicos de cara a la reinserción.
- Acceso a sistema sanitario integral: prevención, seguimiento, tratamiento, rehabilitación.
- Tiempo libre de "cargas": consumo y delitos.
- Participación sociedad civil por su permeabilidad.

**Herramientas para la prevención de las enfermedades transmisibles en detención**

- Programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles:
  - > VIH - TB - Hepatitis - ITS
- Programa de higiene y salud medioambiental
- Programa de vacunaciones:
  - > Ingreso: Hepatitis B - Tétanos - Vacunaciones adulto
  - > Programadas: Gripe - Programa VIH y VHC
- Programas de reducción de daños:
  - > PMM - PIJ
- Lotes higiénicos: preservativos - lubricante - lejía
- Educación para la Salud:
  - > Asesoramiento en consulta programada
  - > Formación de mediadores de salud

**Educación para la Salud - Mediadores de Salud**

**Metodología**

- Grupos:**
  - Talleres de sexo seguro.
  - Talleres de consumo de menor riesgo.
  - Charlas informativas dirigidas a grandes grupos.
  - Entrevistas individuales.
  - Elaboración de materiales escritos en revistas, carteles, folletos, mensajes en la radio y televisión de la prisión, etc.
- Mediadores de Salud:**
  - Formación de formadores: Educación entre iguales.
  - Características de los pares:
    - Líderes dentro de la comunidad.
    - Comunicadores creíbles, inspiren confianza y sean apreciados por el grupo.
    - Poseer conocimiento profundo de la comunidad.
    - Estar motivados para educar a otras personas.

**Educación para la Salud - Mediadores de Salud**

**Objetivos**

- Mejorar la información sobre las drogas, insistiendo en que el consumo de drogas no es inocuo, sino que tiene unos efectos perjudiciales para la salud física y mental y para organizar proyectos personales de futuro que sean posibles y adecuados.
- Evitar el inicio del consumo en personas abstinentes, por los riesgos de sobredosis y del deterioro físico, psíquico y social.
- Reducir el consumo en consumidores activos, en cuanto a sustancias y policonsumo, frecuencia y vías de administración.
- Reducir conductas de riesgo (consumo inyectado y/o con material de inyección usado, relaciones sexuales sin preservativo, tatuaje con material no desinfectado, policonsumo...).
- Dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones habituales de incoación al consumo.

El expositor hace una rápida descripción de los diferentes programas desarrollados para contrarrestar el intercambio de jeringas entre personas consumidoras de sustancias y los programas de deshabituación, con sus correspondientes modalidades de atención centro día y centro terapéuticos.

Se presenta como el programa de reducción de OMS en Europa, establece la reducción del daño en el proceso de prevenir los efectos negativos para la salud en prisiones, los cuales están relacionados con inyectarse drogas, fundamentado en los principios de la salud pública y los derechos humanos.

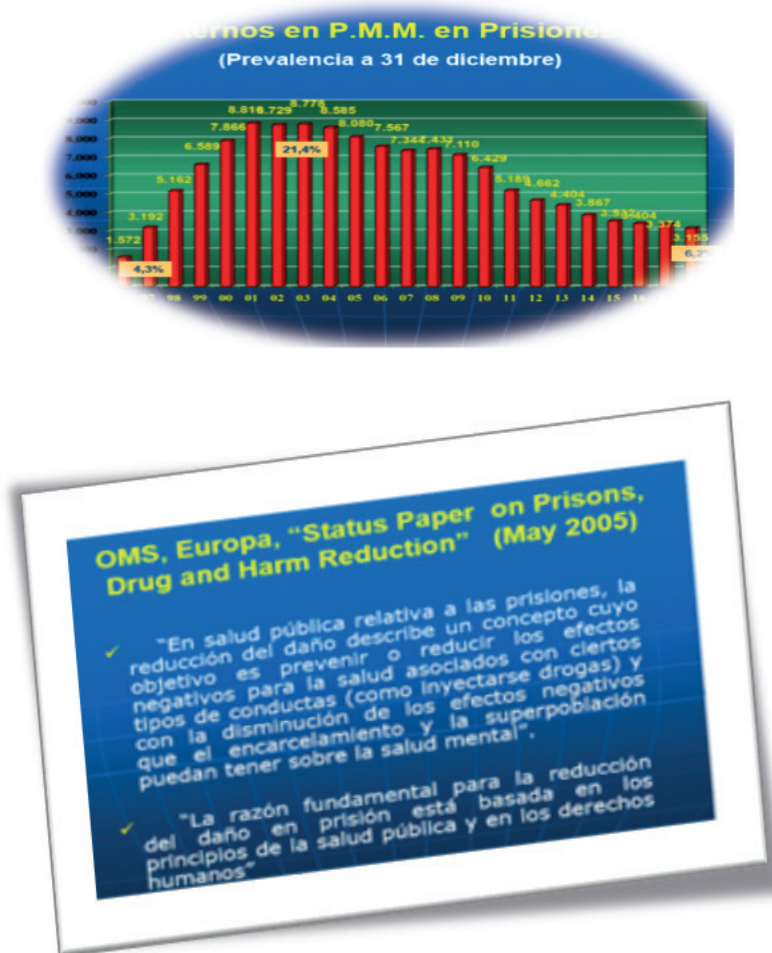


Figura 31 Tipos de intervención con drogodependientes



### 13. PROGRAMAS DE REINSERCIÓN Y DE ATENCIÓN A POBLACIONES VULNERABLES EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DEL PERÚ

Verónica Oviedo Rosas <sup>1</sup>

El desarrollo de esta presentación plantea diferentes datos de población privada de libertad PPL en Perú. En este país existen 95.613 encarceladas, donde son hombres sentenciados el 60% y hombres procesados el 35%. Para el caso de las mujeres procesadas es el 2% y de mujeres condenadas el 3%.

En relación con las edades: la mayor proporción de la población (36%) está en las edades comprendidas entre 25-34 años; el 27% entre 35-44; el 15% con edades 45-54; EL 13% con edades entre 18 a 24 años; los mayores de 55 años son el 9%.

#### Tipos de intervención

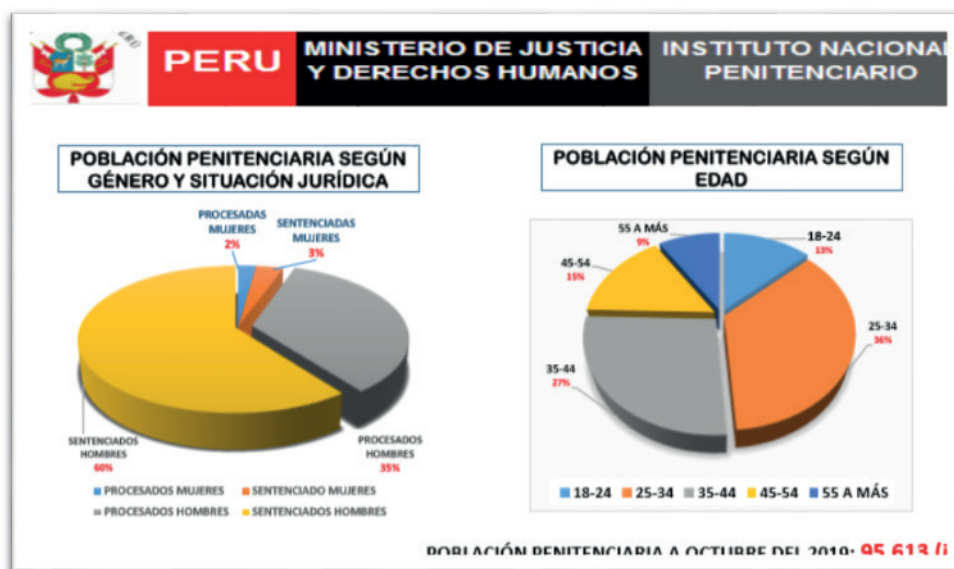


Figura 31 Población penitenciaria según edad, sexo y situación jurídica

1 Psicóloga Verónica Tatiana Oviedo Rosas. Directora de Tratamiento Penitenciario - INPE.



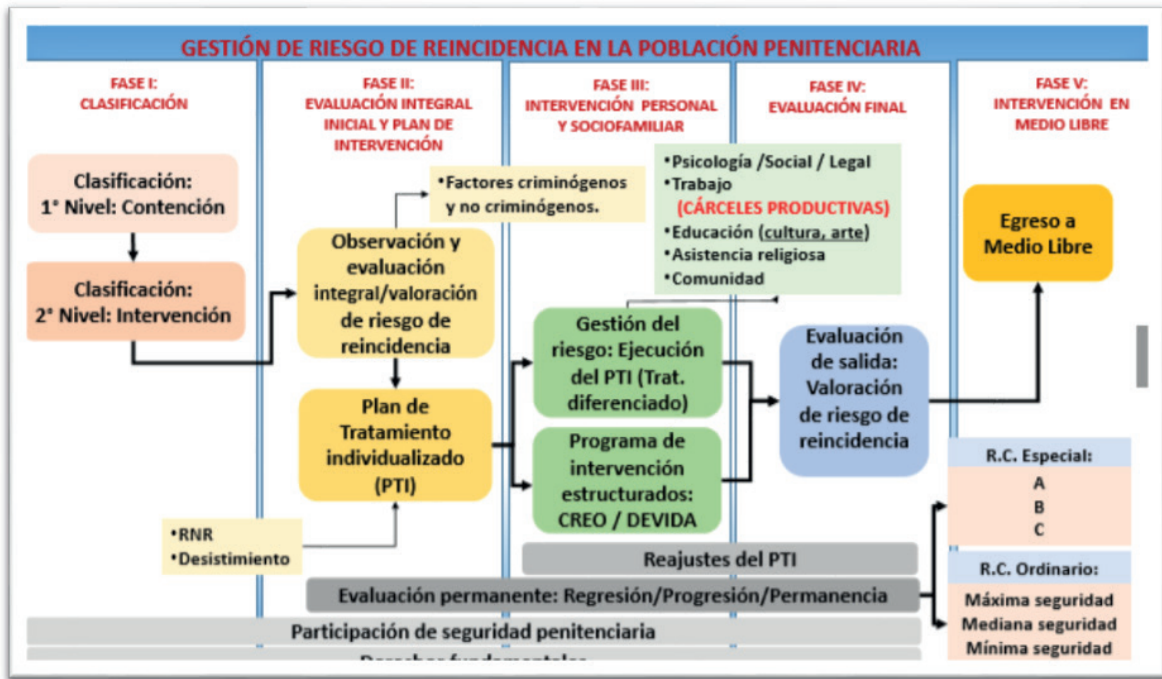
En esta población los delitos con mayor frecuencia corresponden a la siguiente clasificación:

- Contra el patrimonio 38,3%
- Violación sexual 17,6%
- Tráfico ilícito de drogas 17,6%
- Otros delitos 12,34%
- Asociación ilícita para delinquir 7,02%
- Delitos asociados a conducta violenta 6,0%
- Incumplimiento de la obligación alimentaria 2,8%



La gestión del riesgo de reincidencia para la población penitenciaria se aborda a través de una estrategia que consta de cinco fases:

1. Fase I Clasificación
2. Fase II Evaluación integral inicial y plan de intervención
3. Fase III Intervención personal y socio familiar
4. Fase IV Evaluación final
5. Fase V Intervención en medio libre



**Figura 33** Gestión de riesgo de reincidencia en la población penitenciaria. Perú

Posteriormente se describen algunos de los programas desarrollados en la fase III de intervención personal y socio familiar, destacándose de conformidad con el tipo de población beneficiaria, los siguientes programas:

- Pope joven adulto: “Construyendo Rutas de Esperanza y Oportunidades - CREO”
- “Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas en los EE.PP. - PPTC-DEP”
- Pope según tipología delictiva: “Programa de Tratamiento del Agresor Sexual - TAS”
- “Programa de Intervención Multidisciplinaria - PIM”
- Pope que trabaja: Cárceles productivas

A manera de lecciones aprendidas derivadas de la aplicación de los programas que constituyeron experiencias exitosas, se destacan:

- Adecuar todas las estrategias de intervención a contextos actuales
- Sistematizar las acciones realizadas
- Evaluar el impacto
- Involucrar el personal de seguridad y otras áreas institucionales
- Generar estrategias de sostenibilidad

### RUTAS DE ESPERANZA Y OPORTUNIDADES"

**POBLACIÓN OBJETIVO**

- Primarios
- Edad 18 a 34 años
- Escasa vida delictiva
- Conocimiento de lecto-escritura
- Preferentemente por delito de contra el patrimonio

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Internos con psicopatías.
- Internos psiquiátricos.



### RUTAS DE ESPERANZA Y OPORTUNIDADES - CREO"

**1°** Incremento de espacios de control y desarrollo de conductas adaptativas

**2°** Incremento de las habilidades cognitivas y sociales en internos jóvenes adultos primarios

**3°** Mejora de la interacción con su entorno familiar en internos jóvenes adultos primarios

**4°** Desarrollo de las habilidades orientadas a la adquisición de conocimientos técnico ocupativos.




**DEVIDA**

**"PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS EE.PP. - PPTCDEP"**

**POBLACIÓN OBJETIVO**

Primarios  
 Edad 18 a 30 años  
 Sentenciado por delitos patrimoniales  
 Recluidos por delitos patrimoniales  
 Con problemas de consumo de drogas o historial delictivo asociado al consumo de drogas

**MODELO DE INTERVENCIÓN:**

- Residencial y ambulatorio
- Modelo Biopsicosocial



**PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL - TAS**

**POBLACIÓN OBJETIVO**

Internos recluidos por delitos de contra la libertad sexual.  
 Sentenciados o procesados  
 Edades entre 20 a 60 años

**OBJETIVO DEL PROGRAMA**

Incrementar el desarrollo de actitudes prosociales  
 mejorar la percepción, cognición y conducta relacionada a la sexualidad de los internos reclusos.



**"CÁRCELES PRODUCTIVAS"**

**Trabajo Penitenciario**

- Inscritos en Talleres Productivos : 10,616
- Actividades Grupales, individuales y otros : 16,574
- Total : 27,190**

**314 TALLERES PRODUCTIVOS**

**186 Empresas beneficiarias por el INPE con empresas**

Ingreso de empresa privada a penales



**"CÁRCELES PRODUCTIVAS"**

**FINALIDAD:**

Fomento y promoción de talleres productivos del INPE

Fortalecimiento de emprendimientos /autogestión

Formalización y acreditación de internos emprendedores



### RUTAS DE ESPERANZA Y OPORTUNIDADES"

**POBLACIÓN OBJETIVO**

- Primarios
- Edad 18 a 34 años
- Escasa vida delictiva
- Conocimiento de lecto-escritura
- Preferentemente por delito de contra el patrimonio

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Internos con psicopatías.
- Internos psiquiátricos.



**Jueves 14 de noviembre**  
**Segunda jornada (tarde)**

Continuando con el seminario, en su segundo día se estructuran dos experiencias alrededor de la reflexión sobre una experiencia colombiana relacionada con la hospitalización por salud mental de poblaciones penitenciarias, y terminando con la estrategia que se ha venido pensando sobre las Cárceles Saludables, desde la visión y experiencia de la academia como acompañamiento del proceso; en este

caso la Universidad Tecnológica de Pereira y la Universidad Libre de misma ciudad.

Las dos intervenciones presentadas desde una óptica experta, exponen diferentes actividades que, de manera complementaria, permiten comprender la complejidad de la intervención en la salud y especialmente de la salud mental, en los contextos penitenciarios.

## 14. MALOS TRATOS EN DETENCIÓN

José Antonio Bastos Amigo<sup>1</sup>

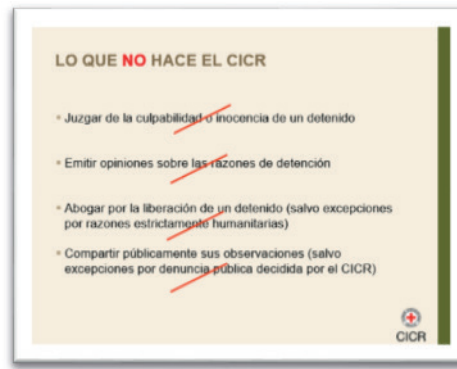
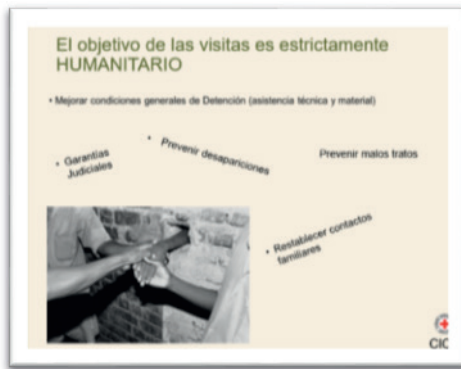


La presentación se centra en la labor del CICR en el contexto penitenciario, especialmente por la condición de personas privadas de libertad, conforme a las normas internacionales y la aplicación de los principios fundamentales para la protección de los DD.HH



1 Coordinador Salud, CICR





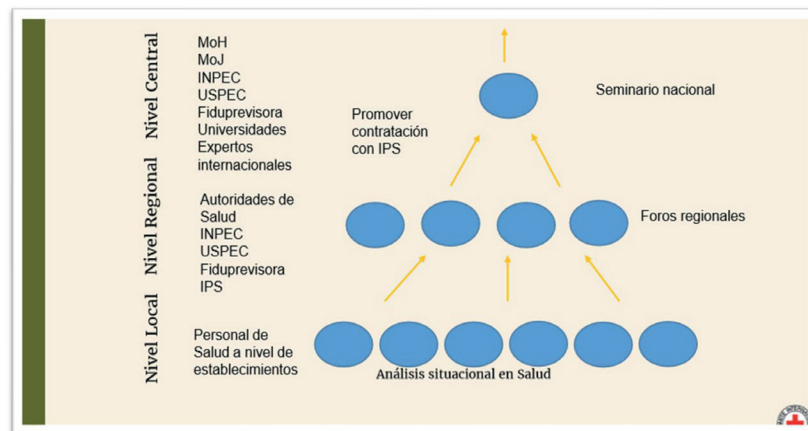
Define claramente el principio de actuación durante las visitas a los establecimientos penitenciarios y carcelarios con objetivos estrictamente humanitarios. Desde esta perspectiva, el CICR no elabora juicios de valor sobre la inocencia o la culpabilidad de los detenidos; tampoco conceptúa sobre las razones de la detención; no aboga por la liberación de un detenido, salvo de manera excepcional cuando las razones son estrictamente de carácter humanitario. No comparte públicamente sus observaciones sobre la realidad de los seres humanos en detención, salvo aquellas situaciones excepcionales en las cuales el CICR deba y recomiende hacer denuncias públicas.

De igual manera, se presentaron las diferentes actividades realizadas desde la perspectiva del enfoque sistémico en relación a la causalidad y la sostenibilidad de las acciones, los

planos de actuación como espacios normativos, organizacionales, de autoridades encargadas, los centros de atención y las personas privadas de libertad.

El hacinamiento, las garantías judiciales, la prevención de malos tratos, el aislamiento, la salud en detención y la infraestructura hacen parte de las actividades de prevención y acompañamiento que se desarrollan.

Los espacios para el análisis y la reflexión, como este seminario, se encuentran vinculados a las estrategias de trabajo interinstitucional en los diferentes niveles de trabajo local, regional y central, y desde un trabajo permanente se propende por el mejoramiento de la salud de la población privada de libertad.

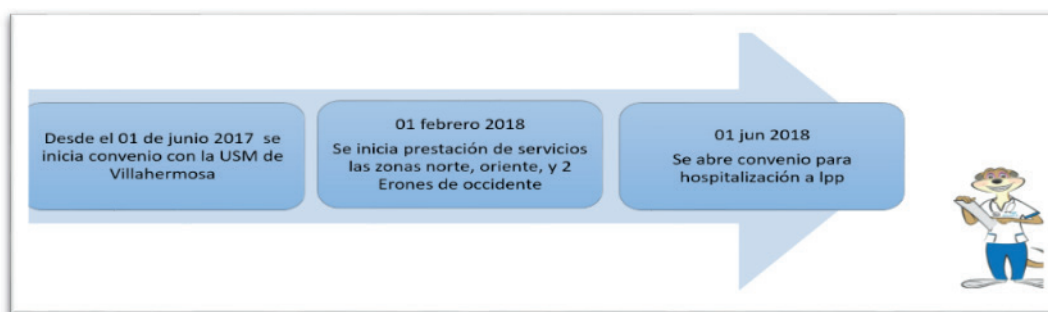




## 15. EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS DE LA PPL CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Severo Alberto Conde Ramírez<sup>1</sup>

La presentación dio cuenta de la historia y proceso de atención intrahospitalaria a una parte de la población PPL en la ciudad de Cali.



Los principales diagnósticos registrados en el seguimiento de los expósitos son:

		Porcentaje
TRASTORNOS DEPRESIVOS	13	27%
ESQUIZOFRENIAS	12	25%
CAMBIOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE SPA	11	23%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	5	10.4%
OTROS:	7	14.6%

El cuadro incluye un personaje de un médico con un estetoscopio y una carpeta.

Las experiencias positivas durante el proceso humano:

- Recuperación sintomática más rápida
- Mayor preocupación por las actividades de la vida diaria
- Autocuidado
- Mejoramiento del vínculo familiar
- Interrupción del consumo de SPA
- Ambiente confortable
- Trato humanizado

1 Psiquiatra, Clínica Basilia

Las principales falencias frente al proceso de atención en la salud mental de la población privada de libertad a través de estos modelos:

- Irregularidad en el seguimiento al egreso
- Regreso a condiciones de riesgo psicosocial (ERON sin servicio de atención especializada, hacinamiento, exclusión, estigma)
- Exposición a sustancias de abuso
- Riesgo para la integridad del personal de salud (amenaza de fuga, pacientes que ingresan armados con cuchillas y puñaltes artesanales)
- Falta de consenso en criterios de remisión

### Experiencias positivas:

- 1- Recuperación sintomática mas rápida.
- 2- Mayor preocupación por las actividades de la vida diaria – autocuidado
- 3- Mejoramiento del vinculo familiar
- 4- Interrupción del consumo de SPA
- 6- Ambiente confortable
- 7- Trato humanizado



### Algunas Recomendaciones del experto

- Seguimiento más exigente en los criterios de remisión
- Completar la ruta de salud mental y hacer seguimiento a los remitidos
- Entrenamiento al personal de custodia en manejo a pacientes con trastornos mentales
- Inversión en espacios para pacientes que deseen deshabitarse y para dar continuidad al tratamiento después de una hospitalización

## 16. CÁRCELES SALUDABLES Y SALUD MENTAL

Diomedes Tabima García<sup>1</sup>  
Germán A. Moreno Gómez.

La presentación sobre cárceles saludables y salud mental se estructura a través de cuatro momentos, en ellos se recorre de manera sistemática y coherente desde una introducción, seguidamente se plantea una motivación alrededor del porque esta discusión en este seminario.

### 16.1 Introducción: Cárceles Saludables para Colombia: un espacio necesario para la Salud Mental de la Población Privada de la Libertad PPL



¿Que nos debe inspirar y que nos reta?

¿Qué conceptos son claves para dar esta conversación?

1 Universidad Tecnológica de Pereira (UTP)

## LO QUE NOS DEBE INSPIRAR

### LA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD PPL ES...



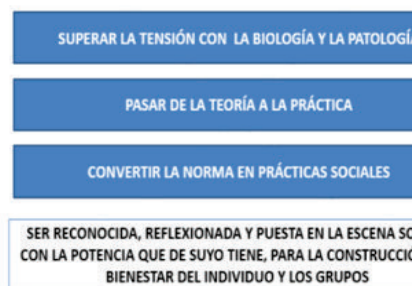
Constitución Política de 1991. Artículo 5: "El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos"



#### CONCEPTOS CLAVES E INSPIRADORES



#### RETOS DE LA SALUD MENTAL



Para los expositores, ha sido y es un reto de importante envergadura trabajar la salud pública para las Personas Privadas de la Libertad PPL en el contexto de los establecimientos penitenciarios y carcelarios por las mil y una condiciones adversas para que la salud, como un derecho fundamental, pueda tener espacio propicio para su reconocimiento y su desarrollo.

Para efectos de darle un marco general de consideraciones intensamente humanas a la presente ponencia, se parte de considerar

como condición sine qua non para hablar de salud mental en las prisiones, que a las PPL les asisten dos atributos inherentes a su esencia de seres humanos: la dignidad y ser sujetos de derecho.

Tal y como lo expresa Kant<sup>24</sup> "En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad."

1. MD. Esp. Grupo Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos y Epidemias en Salud Pública - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud (INS) Colombia.

Significa que no obstante su situación de ser privado de la libertad, la PPL conserva ese valor intrínseco que lo hace inviolable y único, en tanto ser humano.

Por otro lado, hablar de “sujeto del Derecho” es hablar tanto del individuo (persona física), como del ente social (persona jurídica), que reúnen los requisitos necesarios para alcanzar la cualidad de ser titular de derechos y obligaciones en una sociedad determinada.

La PPL es sujeto de todos los derechos consagrados en la Constitución de la República y en las leyes que la desarrollan, con la excepción de libertad, la cual le ha sido suspendida, de manera temporal por las trasgresiones o delitos cometidos contra la sociedad.

Son ya conocidas las condiciones poco propicias en las cuales se desenvuelve la cotidianidad de la gran mayoría de las PPL, al punto de ser no aptas para la salud y por ende para la buena vida, es decir, para la vida gozada en dignidad con el disfrute de los derechos que le permita a los seres humanos caminar por los senderos de la felicidad. No importa que esté privado de la libertad.

La Salud Mental, como componente fundamental de la Salud Pública, ha debido recorrer tortuosos caminos a través de la historia, tratando de ganar un lugar en el campo de la salud, en tensión permanente con el componente biológico, hegemónico como ha sido a través de muchos siglos. Es bueno decir que, si bien no ha podido equiparse en potencia explicativa y operativa a la biología, el componente mental ha logrado ocupar un lugar de creciente importancia en el complejo mundo de la Salud Integral. Es claro que hoy, no solo tiene reconocimiento y recorrido académico por cuanto en los claustros la

asumen como elementos de discusión y de investigación, sino que su presencia ha impregnado el mundo jurídico legal, empezando por normas que regulan la prestación de servicios de diferente índole hasta llegar a la consagración de la salud mental como un componente clave del derecho fundamental a la salud.

Ahora bien, el reto contemporáneo es pasar de la discusión académica y de la norma jurídica e incluso de los modelos teóricos, a la aplicación práctica en el mundo social, allí donde opera la cotidianidad de los seres humanos.

Otro reto que debe superar la salud mental, que se erige como un obstáculo no solo epistemológico sino metodológico, que modula el pensamiento y limita la práctica es, paradójicamente, la morbilización o patologización del concepto. Paradójico por cuanto, cuando se habla de salud mental, sus principales referentes teóricos y prácticos son los trastornos y la Enfermedad mental. Formados con estos conceptos celebran los rituales asistenciales los médicos generales, los especialistas en psiquiatría y un buen número de profesionales de la psicología.

La Salud mental espera su momento para ser reconocida, reflexionada y puesta en la escena social, con la potencia que de suyo tiene, para la construcción del bienestar del individuo y de los grupos sociales a los cuales pertenece. Este es otro reto actual para la academia, el sistema de salud y la sociedad en general.

En esta línea, el presente seminario invita a pensar la Salud Mental en el ámbito penitenciario y carcelario.

Es la intención, sin caer en lugares comunes, realizar una rápida radiografía de las condiciones en las cuales se desenvuelve el día a día de la PPL, con el fin de tener un sustrato que permita hacer una pregunta clave, reflexionar sobre sus implicaciones y finalmente intentar una respuesta razonable.

La pregunta provocadora de la reflexión y del debate es:

¿Es posible la Salud Mental en la PPL?

El presente escrito se mueve entonces en el compromiso de trabajar la Salud Mental con las acepciones que dan cuenta de su significado y de sus posibilidades en el especial mundo que podría ser el contexto penitenciario y carcelario.

El espacio de las cárceles en Colombia, como está configurado actualmente, parece ser campo fértil para la enfermedad mental, con espacios muy limitados para la Salud Mental. Es aquí donde se configura el reto más importante: cómo hacer posible la salud mental en espacios tan adversos como las cárceles. Posteriormente y para el segundo momento se plantea la siguiente reflexión:

## 16.2 ¿Es posible la Salud Mental en la PPL?

Es así como la presentación describe los conceptos de salud mental y la enfermedad en y para la población privada de libertad.

*“Un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”*

*“Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.*

Preocuparse por definir un fenómeno social es darle cabida en el mundo intelectual y por ende dar fe de su existencia. La salud mental

### LA SALUD MENTAL ES...

**“... UN ESTADO DE BIENESTAR EN EL QUE LA PERSONA MATERIALIZA SUS CAPACIDADES Y ES CAPAZ DE HACER FRENTE AL ESTRÉS NORMAL DE LA VIDA, DE TRABAJAR DE FORMA PRODUCTIVA Y DE CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE SU COMUNIDAD”.**

Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Biblioteca OMS Ginebra 2013. ISBN 978 92 4 350602 9

Pregunta: Existe hoy Bienestar en las cárceles?

### LA SALUD MENTAL ES...

**“...un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.**

Colombia Congreso de la República. Ley 1616 de 2013 (enero 21) Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013. Bogotá.

Pregunta: Existe hoy ese «estado dinámico» en las cárceles?



ha entrado hace varios años a ocupar un espacio en las preocupaciones de los pensadores y los hacedores en función del bienestar de las personas. Es así como varios organismos a nivel internacional y nacional se han dado a la tarea de pensarla y de proponer definiciones que le dan pábulo a las instancias jurídicas y normativas del estado para legislar y poner en escena la Salud Mental como fenómeno que existe y que requiere ser abordado socialmente. Algunos desarrollos a continuación.

El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (2013) de la Organización Mundial de la Salud OMS estableció que “La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”.

En esta versión, la salud mental supone un estado de bienestar en el cual emergen y se ponen en marcha capacidades relacionadas con sus propios potenciales, incluido el manejo de las tensiones propias de una vida normal y con las dinámicas que lo relacionan con los demás, esto es, trabajar, ser productivo y contribuir al desarrollo de los demás.

Esta definición, podría decirse, es difícil de ajustar a las condiciones en las cuales vive su cotidianidad la PPL. Por definición, no hay bienestar en la gran mayoría de establecimientos penitenciarios y carcelarios, no es común encontrar que los sujetos puedan poner en acción sus capacidades físicas, intelectuales o sociales: el medio es, además de restrictivo por definición, plagado de carencias de condiciones que faciliten el desarrollo a escala humana. Es entonces difícil que la Salud Mental florezca en estos ambientes.

Las diferencias o las brechas que se perciben entre el ideal de la definición y lo real de la existencia diaria, dan lugar a los retos que deben ser asumidos y a las tareas que deben ser desarrolladas.

La Ley 1616 de 2013 - Ley de Salud Mental de Colombia, en su artículo No. 3, define la Salud Mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) la Salud Mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Estas definiciones aplicadas a la PPL implican visualizar una población siempre activa, no obstante, su condición de privación de la libertad, interactuando con lo mejor de sus recursos intelectuales, emocionales, afectivos, de memoria, voluntad, entre otros, trabajando para su propio crecimiento y para el crecimiento de los demás en una dinámica de interacciones productivas y provechosas para sí mismo, para su familia y para su comunidad, en este caso la carcelaria y la de sus familias.

Implica la creación de condiciones en las cuales el sujeto privado de la Libertad realice ejercicios para “re-conocer” sus potenciales y su capacidad de interactuar, construir y, ante todo, de servir. He aquí una de las consideraciones más importantes en el diseño y la puesta en marcha de una cárcel saludable: el sujeto pensando en su propio bienestar y en el bienestar de los demás, en sus potencialidades y en las potencialidades de los demás privados de la libertad, como instrumento para su propio crecimiento y el de los otros.

### 16.3 Salud Mental en las Prisiones

El tercer momento de la presentación advirtió sobre el proceso dinámico que tiene la salud, describió algunos factores por los cuales se protege o se deteriora la salud mental y como en el contexto de la población privada de libertad coexisten estos factores.

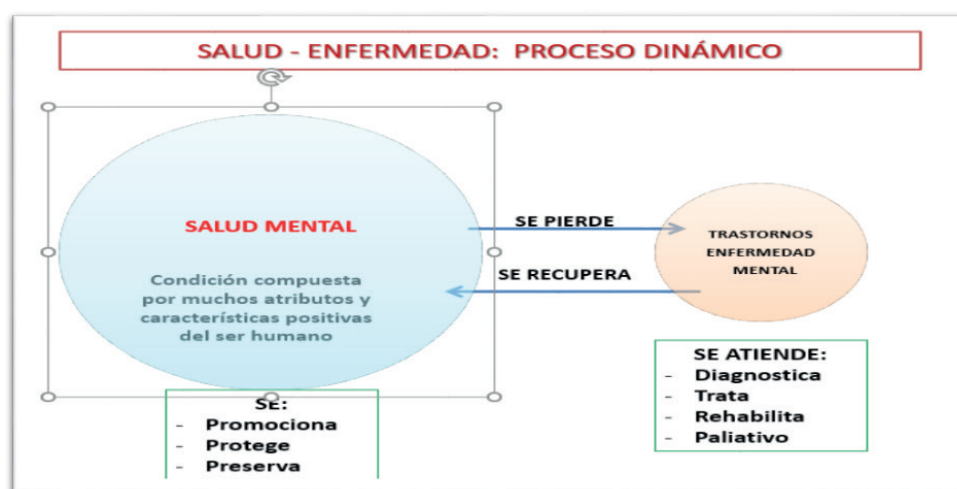
La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Moscú en 2003, estableció que la salud en los establecimientos de reclusión debe estar en consonancia con la salud pública de un país, razón por la cual esta debe ser del interés principalmente del Estado (OMS, 2003).

Vale la pena mencionar que la Salud Mental es una condición compuesta por muchos atributos y características positivas del ser humano, que al perderse lo ponen en situación de trastorno o enfermedad mental, susceptible de ser tratado para que torne a su condición de Salud Mental.

Lo anterior para identificar la dinámica que se sucede como momentos en la vida de los seres humanos (momentos de salud – momentos de enfermedad) que incluso debieran guiar las acciones para promocionar, proteger o preservar la salud, las acciones para prevenir la enfermedad y las acciones para atender al ser humano enfermo y así recuperar la salud.

### 16.4 Evidencias sobre la Salud Mental en prisiones

Se describen las investigaciones cuantitativas, las evidencias de la salud mental en las prisiones desde la perspectiva de considerar estos espacios como predisponentes de enfermedad mental.



### LAS CIFRAS: LAS EVIDENCIAS CUANTITATIVAS

En el mundo, existen más de 10 millones de PPL y en un año circulan a través de ellas más de 30 millones de personas

**PROCESO DE ADAPTACIÓN «CULTURA CARCELARIA»**

**CAMBIOS EN:**

- AUTO CONCEPTO
- AUTOESTIMA

**Alteraciones cognitivas, emocionales y de la personalidad**

Ruiz J, Gómez I, Landazábal M, Morales S, Sánchez V, Páez D. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: Un estudio exploratorio en cinco centros penales en Bogotá. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2002; 11: 99-114

De igual forma, a partir de un extenso marco teórico se presentan resultados de investigaciones desarrolladas en el contexto peniten-

ciario, desde el cual se evidencia la prevalencia de la enfermedad mental en la población privada de libertad.

### LAS CIFRAS: LAS EVIDENCIAS CUANTITATIVAS

**Investigaciones muestran consistentemente que las PPL tienen una alta tasa de enfermedad mental; incluso en algunas prisiones, la prevalencia de enfermedad mental severa es mayor que en hospitales psiquiátricos**

Fazel, Seena, et al. "Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions." *The Lancet Psychiatry* 3.9 (2016): 871-881.

**Uno de cada 7 PPL tiene depresión o psicosis, algo que no ha cambiado mucho en los últimos 30 años**

Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 364-73

Se ha demostrado que en los países de bajos y medios ingresos, existe una alta tasa de uso de sustancias psico-activas, lo cual es agravado por una alta prevalencia de comorbilidad entre enfermedad mental y el uso de Sustancias Psico Activas (SPA)

Esto agrava el pronóstico, aumenta las recaídas y la mortalidad posterior a la salida del establecimiento carcelario.

## LAS CIFRAS: LAS EVIDENCIAS CUANTITATIVAS

### Se ha demostrado:

- En los países de bajos y medios ingresos, existe una alta tasa de uso de sustancias psico-activas, lo cual es agravado por una alta prevalencia de comorbilidad entre enfermedad mental y el uso de Sustancias Psico Activas SPA)
- Esto agrava el pronóstico, aumenta las recaídas y la mortalidad posterior a la salida del establecimiento carcelario.

- Butler T, Indig D, Alnutt S, Mamoon H. Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug Alcohol Rev* 2011; 30: 188–94.

- Chang Z, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 422–30

Algunos estudios muestran que:

- La Enfermedad Mental severa está asociada a la criminalidad y por tanto, son estos los enfermos que ingresan a los centros penitenciarios.
- Un estudio de la Oficina de Estadística Nacional Inglesa demostró que un 10% de hombres y el 14% de las mujeres presentaban algún antecedente que hacían sospechar sintomatología psicótica en el año anterior a la entrada en la cárcel, comparado con el 0.4% de la población general.

“La privación de la libertad expone a la persona a eventos estresantes de forma permanente, afecta la satisfacción de las necesidades humanas y limita la autonomía en la toma de decisiones, lo que conlleva a la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales. Además, genera afecciones en la dinámica familiar y de pareja y la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales en todos los integrantes, puesto que se disminuye el contacto interpersonal, la capacidad de sostenimiento de la economía familiar y la participación en la crianza de los hijos”.

La manera como se externaliza la salud mental en diferentes situaciones e instituciones relacionadas con la PPL ha sido objeto de múltiples investigaciones, cuyo acumulado constituye un acervo de evidencia de gran importancia para su análisis e incluso para la elaboración de propuestas de intervención.

En todo el mundo, existen más de 10 millones de PPL y en un año circulan a través de los centros carcelarios más de 30 millones de personas.

Las PPL sufren un proceso de adaptación, lo que se ha denominado una “cultura carcelaria” que implica cambios en su conducta en el intento de adaptación al medio, lo que modifica su auto concepto y autoestima (Uribe, et al. 2012) (Niño, et al. 2017), generando alteraciones cognitivas, emocionales y de la personalidad (Ruiz, et al. 2002).

Las investigaciones hechas muestran consistentemente que las PPL tienen una alta tasa de Enfermedad Mental; incluso en algunas prisiones, la prevalencia de Enfermedad Mental severa es mayor que en hospitales psiquiátricos (Fazel, Seena, et al. 2016).

	Men	Women
Psychotic illness <sup>1</sup>	4% (3-4)	4% (3-5)
Major depression <sup>1</sup>	10% (9-12)	14% (10-18)
Alcohol misuse <sup>2</sup>	18-30%	10-24%
Drug misuse <sup>2</sup>	10-48%	30-60%

Data are % (95% CI) or %.

**Table 1: Prevalence of different psychiatric diagnoses in adult prisoners based on systematic reviews**

**Tabla 1.** Prevalencia de diferentes diagnósticos psiquiátricos en prisioneros adultos basados en revisiones sistemáticas. Tomado de [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry) Published online July 14, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)

Existen dificultades para realizar un diagnóstico de la salud mental confiable en este tipo de poblaciones como la calidad del entrevistador, pruebas no validadas en PPL, criterios de enfermedad mental que aplican solo por el hecho de estar privado de la libertad. No obstante, algunos hallazgos en múltiples investigaciones son consistentes, especialmente en lo que se refiere a depresión mayor y enfermedad sicótica (Véase Tabla 1). De acuerdo con estas cifras, uno de cada 7 PPL tiene depresión o psicosis, algo que no ha cambiado mucho en los últimos 30 años (Fazel S, Seewald, K, 2012).

Se ha demostrado, de igual forma, que en los países de bajos y medios ingresos, se presenta una alta tasa de uso de sustancias psico-activas, lo cual es agravado por una alta prevalencia de comorbilidad entre enfermedad mental y el uso de sustancias psico-activas (SPA) (Butler, et al. 2011), lo cual agrava el pronóstico, aumenta las recaídas y la mortalidad posterior a la salida del establecimiento carcelario (Chang, et al. 2015).

Aún no está muy clara la dirección de la causalidad de la alta prevalencia de Enfermedad Mental entre las PPL. Es decir, si es alta porque ingresan enfermos o es la pena privativa la causa de la enfermedad. Algunos estudios muestran que la Enfermedad Mental severa está asociada a criminalidad y por tanto son estos los que ingresan a los centros penitenciarios. Un estudio de la Oficina de Estadística Nacional Inglesa demostró que un 10% de hombres y el 14% de las mujeres presentaban algún antecedente que hacía sospechar sintomatología psicótica en el año anterior a la entrada en la cárcel, comparado con el 0.4% de la población general (Repullo, JR. 2014).

El suicidio y la autoagresión son más comunes en las PPL que en la población general aun por edad y sexo. El riesgo de suicidio en hombres es de 3 a 6 veces mayor y en las mujeres es más alto (Fazel, S. 2011). Se estima que en Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte en las prisiones y en Canadá la tasa de suicidio en prisión es tres veces más alta que en la población general (Ceballos, Botero, et al. 2019).



Otros aspectos de gran importancia en la salud mental de las PPL tienen que ver con la violencia y la victimización dentro de la prisión. Se estima que las tasas de agresión física son entre 13 y 27 veces más altas que en la población general (Blitz CL, et al. 2008) (Teplin LA, et al. 2005). Estas agresiones se han asociado al sexo, edad, raza, estado civil, nivel educativo, nivel de seguridad del establecimiento y variables clínicas como agresividad, impulsividad, conducta antisocial y psicopatía. Las agresiones son hasta 7 veces más frecuentes en PPL con enfermedad mental (Goncalves, LC et al. 2014). La victimización sexual es tres veces más alta en mujeres PPL con enfermedad mental que en hombres (Campbell MA, et al. 2009) (Schenk AM, Fremouw WJ. 2012)

El poco acceso a los servicios de salud agrava la situación, Reingle identificó barreras de acceso a los medicamentos: más del 50% de las PPL que tomaban medicamentos antes de ingresar al centro no los reciben luego de ingresar y de quienes lo reciben, el 60% no tiene acceso a ningún otro tratamiento complementario (Reingle JM, Connell NM. 2014).

En Colombia, de acuerdo con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de G. y H. Mariana (Fiduprevisora, 2016) (Convenio 547 de 2015 MSPS-OIM) se reportan 2.205 diagnósticos clínicos relacionados con trastorno mental, presentes en la población privada de la libertad a la que dicha Institución presta sus servicios, distribuidos de la siguiente manera:

**Tabla 2** Diagnósticos clínicos relacionados con trastorno mental en población privada de la libertad. G y H Mariana. (2016)

Descripción diagnóstico	Nº	%
<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia</b>	840	38,10
<b>Esquizofrenia paranoide</b>	399	18,10
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	216	9,80
<b>Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente</b>	182	8,25
<b>Observación por sospecha de trastorno mental y del comportamiento</b>	164	7,44
<b>Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado</b>	93	4,22
<b>Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos</b>	65	2,95
<b>Trastorno asocial de la personalidad</b>	63	2,86
<b>Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios</b>	51	2,31
<b>Trastornos de adaptación</b>	44	2,00
<b>Insomnio no orgánico</b>	42	1,90
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	23	1,04
<b>Retraso mental moderado: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento</b>	18	0,82
<b>Epilepsia, tipo no especificado</b>	2	0,09
<b>Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)</b>	2	0,09
<b>Examen psiquiátrico general, no clasificado en otra parte</b>	1	0,05
<b>Total general</b>	<b>2205</b>	<b>100%</b>



En relación con la ideación suicida, un estudio realizado en Colombia (Larrotta, et al. 2014) con 60 personas privadas de la libertad involucrados en intento de suicidio en establecimientos adscritos al Instituto Nacional Penitenciario y carcelario INPEC, reportó que la etapa inicial del encarcelamiento es el lapso de mayor riesgo (uno a cinco meses) en la aparición del intento suicida (41,7%), lo que podría explicarse a partir del desajuste afectivo y emocional que fragmenta la vida habitual del interno, en cuanto a sus relaciones interpersonales e intrapersonales, donde hay ausencia de comunicación positiva y se evidencia el estrés moral y la tensión psicológica.

### **16.5 El trabajo realizado por la Institucionalidad**

El documento titulado “ABECÉ. Gestión integral en salud mental para la población privada de la libertad”, el Ministerio de Salud y la Protección Social (2016) aporta una serie de condiciones que permiten comprender actualmente cómo se orienta, desde la institucionalidad oficial, el trabajo por la Salud Mental en las Prisiones en Colombia (Minsalud, 2016).

Parte de definir la Población Privada de la Libertad - PPL como “el conjunto de personas que están en prisión a manera de pena privativa de la libertad impuesta, mediante sentencia, como sanción por la comisión de un delito, la cual se cumple en un establecimiento de reclusión o en el lugar de residencia o morada del condenado o en el lugar que el juez determine, como las cárceles de detención preventiva municipales, distritales y departamentales, las cárceles y penitenciarías para miembros de la Fuerza Pública, Establecimientos de Reclusión del Orden Na-

cional -ERON- a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC, centros de arraigo transitorio, establecimientos de seguridad para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente, colonias y demás centros de reclusión que se creen en el sistema penitenciario y carcelario”, definición contenida en la Ley 1709 de 2014. (Congreso de la República, 2014).

Es claro, desde la institucionalidad, que la sanción por la comisión del delito es la pérdida del derecho a la libertad y no menciona, mucho menos autoriza, la pérdida de ningún otro derecho humano.

Es evidente también que el estado, en sus múltiples modalidades de establecimientos, considera de manera especial instituciones diferenciadas para población privada de la libertad con patologías mentales tales como los inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente. La ley 1709 de 2014 que reformó algunos artículos de la ley 65 de 1993, de la ley 599 de 2000 y la ley 55 de 1985 y dictó otras disposiciones en materia penitenciaria y carcelaria, contiene algunos apartes de gran trascendencia en el campo de la salud de las PPL. Así, por ejemplo, ratificó con la fuerza propia de una Ley que la PPL debe tener acceso a todos los servicios del sistema general de salud sin discriminación por su condición jurídica. Exige la norma que estas poblaciones tengan la garantía de recibir acciones basadas en el respeto de la dignidad humana, de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado d todas las patologías físicas y mentales.

Las normas y las consideraciones anteriores constituyen instrumentos normativos que permiten acercar la PPL al Derecho a la Salud consagrado en la ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud), por cuanto la salud como derecho implica cobertura universal, es decir, cobija a todos los colombianos, sin distinción alguna.

Para volverlo operativo, tiene el Sistema de Salud Penitenciario y Carcelario un subsistema de salud organizado mediante el “Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC”, descrito en la Resolución 5159 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. Se trata de un modelo financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación concentrados en el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad y manejados por una entidad fiduciaria; esta entidad contrata la prestación de los servicios de salud para las PPL, acorde con lo estipulado en el Decreto 1142 de 2106. En el modelo normado, la prestación de los servicios de atención en salud mental y de atención al consumidor de sustancias psicoactivas se debe realizar en todos los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON).

Para las personas que no se encuentran a cargo del INPEC, los servicios de salud deben ser dispensados en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en atención a la calidad de afiliados al régimen contributivo, subsidiado o excepcional.

Podría afirmarse que existe una prolífica normatividad que, de ser cumplida, garantizaría a las PPL un goce completo de su derecho a la salud y a los servicios de salud.

Pero también puede afirmarse que la normatización abundante, pero con multiplicidad de funciones dispersas en diferentes organismos del Estado y privados, se ha ido constituyendo a través del tiempo en una de las barreras más notorias para el goce del derecho a la salud de las PPL. Se suma a lo dicho la carencia de una rectoría única del sistema de salud penitenciario, haciendo válido el dicho popular “donde todos mandan, nadie manda”, con las consecuencias obvias de las tensiones entre los actores y la repercusión más importante: debilidad en la atención al ser humano privado de la libertad.

Por otro lado, el modelo adoptado para la PPL (Resolución 5159 de 2015) se denomina “Modelo de Atención en Salud”, mientras que el modelo adoptado para el resto de los colombianos se denominó inicialmente “Modelo Integral de Atención en Salud MIAS” y luego “Modelo de Atención Integral Territorial”. Llama la atención que el modelo para la población general en sus dos versiones exige la integralidad, mientras que para la PPL esta exigencia no es evidente en la denominación del modelo.

Así las cosas, queda la sensación de que el modelo adoptado para la PPL es una externalización más de la segregación en el trato que se le brinda a esta población. Parece que el sistema de salud para la PPL no está incorporado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En resumen, a pesar de los avances registrados, la atención en salud de la PPL tiene las siguientes características que podrían constituirse en barreras efectivas para la garantía del derecho a la salud de la PPL:

- Un Sistema de Salud que no está integrado al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Opera con un Modelo que no es fuerte en exigir la “integralidad” en las atenciones
- Es reduccionista en la concepción teórica de la Salud Pública y muy en el papel operativo que le asigna
- Existe multiplicidad de actores con fragmentación y dispersión de responsabilidades y actividades, lo cual dificulta el ejercicio práctico de la integralidad en la atención
- No es evidente el ejercicio de una rectoría única del sistema ni del modelo.

Finalmente, se insiste, en medio de toda esta situación que a la PPL no se le garantiza el derecho a la salud y el sistema adoptado corre el riesgo de ser muy ineficiente y poco efectivo. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social “La privación de la libertad expone a la persona a eventos estresantes de forma permanente, afecta la satisfacción de las necesidades humanas y limita la autonomía en la toma de decisiones, lo que conlleva a la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales. Además, genera afeciones en la dinámica familiar y de pareja y la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales en todos los integrantes, puesto que se disminuye el contacto interpersonal, la capacidad de sostenimiento de la economía familiar y la participación en la crianza de los hijos”. (Minsalud. 2016: 2)

“Ser preso es un drama. Pero ser preso y además padecer un trastorno mental es una doble tragedia. La mayoría pasa sus días sin tratamiento, entre el descuido del Estado, el olvido de sus familias y la indiferencia de la sociedad”. (Ayala M., Laguna M., Moreno C. 2018)

Es claro que a la cárcel se ingresa con toda la historia acumulada durante los años de vida, historia tejida con bondad o armada con hechos no bondadosos. Historia que pesa durante todo el tiempo de privación de la libertad.

El ser humano condenado debe realizar un proceso de adaptación a su nueva condición de Persona Privada de la Libertad y para ello usa, o debe usar, todos los recursos que trae consigo, recursos que le permitirán resistir a las condiciones adversas y mantener un relativo equilibrio mental mientras dure la privación de la libertad.

Se pone a prueba por cuanto en el medio encontrará:

- Espacios reducidos que hacen parte de un mercado manejado por manos aparentemente invisibles
- Bienes de uso común que hacen parte de un mercado manejado por manos aparentemente invisibles
- Servicios de uso común que hacen parte de un mercado manejado por manos aparentemente invisibles
- Falta de medios y recursos para el descanso (dormir bien)
- Falta de medios y recursos para la adecuada alimentación
- Falta de medios y recursos para trabajar
- Falta de medios y recursos para estudiar
- Falta de medios y recursos para la recreación y el ocio creativo
- Falta de medios y recursos para recrear la espiritualidad
- La carencia de adecuados servicios públicos (agua potable, servicios sanitarios, electricidad, calefacción o aire acondicionado)
- Asedios a la intimidad sexual

- Violencias de todos los tipos
- Soledad

Reconoce la OPS que las condiciones ambientales inadecuadas son per se problemas de intensa magnitud y gran frecuencia, que vulneran los derechos humanos en las cárceles porque generan impactos al entorno y afectan sustancialmente las condiciones de vida de internos y de trabajadores de seguridad y los administrativos.

Se suma a ello la carencia de servicios de salud que respondan a un modelo debidamente estructurado, organizado y operado. Se tiene modelo, pero no opera como debiera.

Esta conjunción de carencias y privaciones dan cuenta de la mengua grave de la dignidad y de la ausencia del conjunto de derechos fundamentales de estos seres humanos. Los ejemplos pululan. Se describen en la prensa hablada y escrita y circulan por las redes sociales hasta volverse paisaje y contribuir a ese proceso de anestesiamiento e insensibilización al cual está sometida la sociedad colombiana a fuerza de dar testimonio casi a diario, de esta catástrofe humanitaria.

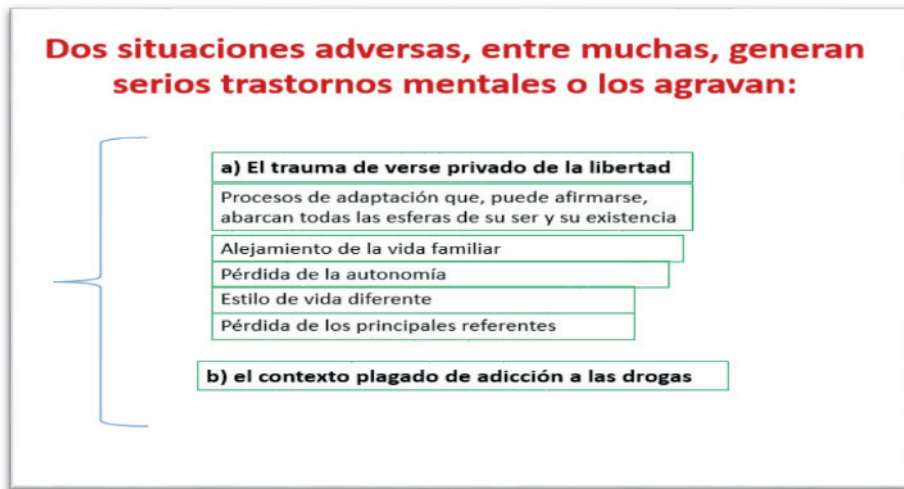
### **El Sistema Penitenciario y Carcelario es terreno fértil para los trastornos mentales:**

*“La privación de la libertad expone a la persona a eventos estresantes de forma permanente, afecta la satisfacción de las necesidades humanas y limita la autonomía en la toma de decisiones, lo que conlleva a la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales. Además, genera afecciones en la dinámica familiar y de pareja y la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales en todos los integrantes, puesto que se disminuye el contacto interpersonal, la capacidad de sostenimiento de la economía familiar y la participación en la crianza de los hijos”.*

[“ABECÉ. Gestión integral en salud mental para la población privada de la libertad”, el Ministerio de Salud y la Protección Social \(2016\)](#)

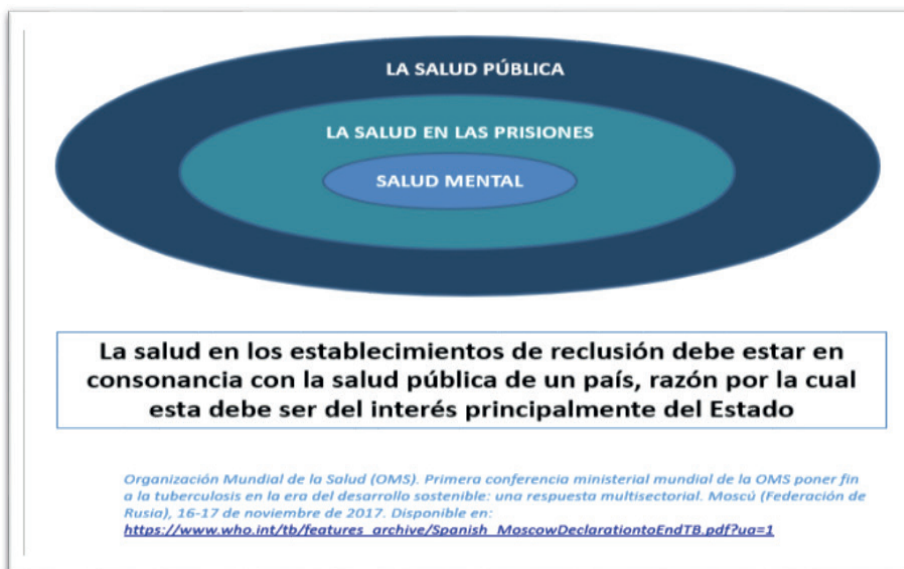
De igual forma se reconocen dos situaciones a partir de las cuales se agrava la situación de salud mental relacionada con el estar priva-

do de libertad y sus efectos traumáticos, y el estar en riesgo en un espacio donde abundan las adicciones a las drogas.



Es necesario establecer el vínculo y la relación existente entre la salud mental, la salud en las prisiones y la salud pública como di-

mensión en la cual los estados deben asumir y comprometer sus prioridades.

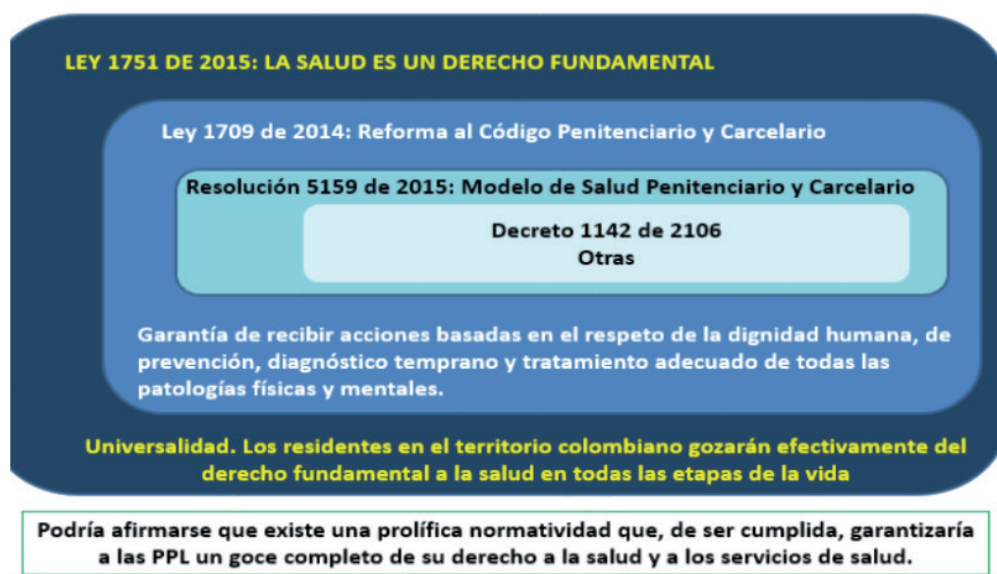


Como fue mencionado anteriormente, el camino recorrido hacia esta intencionalidad de consolidar propuestas para las Cárceles Saludables en Colombia ha avanzado con algunos logros, desde el interés de las institu-

ciones responsables del tema y en clave con la amplia normatividad con la cual dispone ahora el país, podría valorarse su implementación y desarrollo.



## Algo sobre las normas...



### 16.6 La Salud Mental de la PPL: un problema de salud pública

El Sistema Penitenciario y Carcelario es terreno fértil para los trastornos mentales.

“La privación de la libertad expone a la persona a eventos estresantes de forma permanente, afecta la satisfacción de las necesidades humanas y limita la autonomía en la toma de decisiones, lo que conlleva a la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales. Además, genera afecciones en la dinámica familiar y de pareja y la presencia o complicación de problemas y trastornos mentales en todos los integrantes, puesto que se disminuye el contacto interpersonal, la capacidad de sostenimiento de la economía familiar y la participación en la crianza de los hijos”.

El equilibrio mental puede romperse o tornarse más frágil o más inestable cuando la privación de la libertad se convierte en una condición forzosa en la cual deben vivir las

personas. Los cambios pueden estar condicionados por el tipo de vivencias previas e incluso por la personalidad del sujeto antes de ingresar a prisión. Dos situaciones adversas entre muchas, generan serios trastornos mentales o los agravan: a) el trauma de la privación de la libertad y b) el contexto plagado de adicción a las drogas.

#### 16.6.1 El trauma de verse privado de la libertad

Las condiciones en las cuales debe discurrir la vida como PPL implican una serie de procesos de adaptación que, puede afirmarse, abarcan todas las esferas de su ser y su existencia: el componente biológico, el componente social, el componente espiritual y por supuesto, el componente mental; todos actuando en ese proceso duro de adaptación a un estilo de vida muy diferente.

Importante papel juega el alejamiento de la vida familiar, las rupturas afectivas, la incertidumbre de las relaciones que pierden



continuidad, el desamparo de los hijos y las parejas.

Se suma a lo anterior la pérdida de la autonomía expresada en el manejo del tiempo, el uso de los espacios, nuevas actividades que construyen una cotidianidad diferente.

De igual manera, la pérdida de sus referentes laborales, de amistad, de lúdica, de sentirse útil para sí mismo y para otros seres humanos.

En fin, la serie de transformaciones que se viven en ese nuevo ambiente de privación de la libertad tiene serias repercusiones sobre su cuerpo y fundamentalmente sobre su psiquis, los cuales debe someter a un proceso de adaptación que será positivo o adecuado dependiendo en gran medida de sus recursos previos.

### 16.6.2 El gravísimo problema de la drogadicción en las prisiones

Tratándose de los consumos de sustancias psicoactivas al interior de los establecimientos carcelarios, es claro que esta situación es el reflejo a escala de lo que ocurre por fuera, con la población general. La producción y el mercado están desbordados y sin un aparente control con las consecuencias obvias de un incremento de población sumida en las adicciones.

Antes de ingresar a la prisión, la prevalencia de vida de sustancias psicoactivas legales en la PPL corresponde al 91,4%, siendo la más representativa el alcohol. Debe tenerse presente que en Colombia el consumo de alcohol forma parte importante en muchas prácticas culturales, en consecuencia, no es un indicativo de algún nivel de abuso de alcohol.

Antes de ingresar a la prisión, la prevalencia de vida de drogas ilegales en PPL es 37,6%, cifra muy elevada que da cuenta de mecanismos de control de efectividad cuestionable de su producción y su comercialización.

Sustancias	Porcentaje
Cigarrillo	50,2
Alcohol	60,3
Marihuana	27,5
Bazuco	9,3
Inhalables	3,9
Cocaína	10,0
Heroína	0,8
Éxtasis	2,5
Barbitúricos	0,7
No Barbitúricos	1,0
Benzodiazepinas	6,1
Mezclas	13,3

Prevalencia anual de consumo de sustancias psicoactivas antes de ingresar a los centros penitenciarios. Colombia, 2007  
 (Tomado de: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. 2010)

La vinculación del delito con las drogas en PPL alcanza al 55% en Colombia, comparado con el 28% en el caso de Argentina y en Chile el 52%. (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. 2010: 33)

El problema de consumo de sustancias al interior de las prisiones plantea muchos y muy serios interrogantes relacionados con la seguridad de los establecimientos y el orden interno, puesto que es un secreto a voces la existencia de una subcultura interna con jerarquías, estructuras y dinámica incluso con canales de distribución de bienes y servicios.

Y si esto se conoce tanto a sotto voce, como a voz en cuello, entonces “¿quién le pone el cascabel al gato?”

El panorama se ensombrece aún más cuando la capacidad de respuesta del sistema de salud es limitada, puesto que las redes de prestadores “en el nivel complementario y complementario especializado son insuficientes, ya que son pocas las IPS que cuentan con los servicios y programas para el manejo de las situaciones predisponentes y mucho menos para la atención de las patologías derivadas del consumo de sustancias psicoactivas”. (Ogliastri et al, 2018)

Señalados estos dos grupos de situaciones adversas y condicionantes del estado mental de las PPL, es claro considerarlas como una población especial con muy alto riesgo para padecer alteraciones de tipo mental.

Con las cifras aportadas por las investigaciones que documentan las evidencias, más la situación descrita del privado de la libertad al interior del Sistema Penitenciario Carcelario, es dable decir que la Salud Mental debería tener el carácter de un “Problema de Salud

Pública” y como tal, abordarse integralmente las soluciones.

En el cuarto momento de la presentación se realizan reflexiones en torno a la definición cárceles saludables, las posibilidades reales para la implementación, los pasos necesarios y la necesidad del desarrollo de estrategias intersectoriales:

**“La Salud Mental es posible en un macro entorno saludable; la Salud Mental es posible en una Cárcel Saludable comprendida y construida como un macro entorno saludable”**

### 16.7 El camino por andar en Salud Mental

Quizá lo primero que debe tenerse en cuenta es que el espacio de la Salud Mental hace mucho tiempo se lo apropió la Enfermedad Mental. Esta patologización del término ha impedido que emerja con fuerza el reconocimiento del conjunto de condiciones que se articulan entre sí para lograr que el ser humano ponga en operación armónica sus componentes mentales (lo cognitivo, el afecto, la conducta, la memoria) que le permitan estar igualmente armónico con el mundo interno y externo, como ruta necesaria para vivir feliz.

La salud mental como construcción colectiva cargada de condiciones materiales y no materiales que le permiten al sujeto y a las comunidades poner en marcha los recursos necesarios para que las potencialidades mentales de los PPL puedan ponerse en plena acción.

La Salud Mental tiene que ser incorporada en los discursos administrativos, jurídicos y políticos con su real contenido y potencialidad.

De este ejercicio se deriva el trabajo por su protección, su preservación y su promoción. Debe reconocerse que existen esfuerzos actuales desde el Estado que demuestran su preocupación por el proceso salud - enfermedad en la esfera mental. Obviamente, centrado en la patología. A manera de ejemplo se cita la Ruta Integral de Atención en Salud para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia para PPL (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), basada en las indicaciones del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario en materia de atención en salud, y que tuvo en consideración las necesidades en salud mental de la PPL como “Población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento” (Congreso de Colombia, 1993).

Incluye en su estructura y su operación un conjunto de mecanismos orientados a identificar e intervenir sobre los determinantes que protegen o deterioran la salud de las personas privadas de la libertad y sus cuidadores. Con el propósito de construir con ellos los niveles más altos de salud posible para todas las personas que actúan en la institución carcelaria.

Desde el camino hacia la utopía se propone construir un **Macro Entorno Rehabilitador y Resocializador** que le permita a la población privada de libertad, recuperar su dignidad, reconocer sus potencialidades y las potencialidades de los otros en esta intencionalidad.

**Una Cárcel Saludable no es más ni menos que un Macro Entorno Rehabilitar o Resocializador**

QUE LE PERMITA AL PRIVADO DE LA LIBERTAD:

Trabajar por Re – Conocer su Dignidad

Trabajar por Re – Conocer sus Potencialidades

Trabajar por Re-Conocer la Dignidad y las Potencialidades del OTRO

### 16.8 ¿Cuáles son los actores que se deben movilizar para ganarle espacio a la Salud Mental como problema individual y colectivo?

Son varios los actores encargados de ganarle espacio real a la salud Mental Individual y Colectiva en las prisiones.

A manera de requerimiento fundamental, o si se quiere de recomendación de primera línea, cuando se trata de adaptar y/o de implementar estrategias de intervención de tipo poblacional, el primer actor invitado, el central, es la PPL. Esto como producto de comprender que la PPL no es un conjunto de objetos transformables al tenor de saberes y

técnicas desarrolladas por agentes muy sabedores del mundo de las prisiones. Son sujetos, seres humanos con capacidad de aprendizaje, de adaptación y por ende de transformación, fenómenos que implican la aceptación y la participación activa. Es poco probable que estrategias que hagan caso omiso de este precepto tengan éxito duradero.

Alrededor de la PPL debe tejerse una red de actores sectoriales e institucionales que, desde su responsabilidad, su saber, su experticia y sus recursos identifiquen las problemáticas y aporten de manera colectiva respuestas a manera de soluciones en asuntos de salud mental. Se convocan la USPEC, el INPEC, la autoridad sanitaria territorial (Direcciones Locales y Departamentales de Salud), las EPS, las Administradoras de Riesgos Laborales, los Prestadores de servicios de salud públicos y privados, la academia, entre otros. Quizá este sea el camino para visualizar el presupuesto lógico para el trabajo inter o transectorial e interdisciplinario como lo postula la Salud Pública.

Para cualquier organización social la fragmentación de la autoridad, el mando y las acciones operativas constituye un obstáculo (o quizá un desafío) para alcanzar los objetivos y las metas propuestas.

La realidad de la estructura y la dinámica del Sistema General de Seguridad Social en Salud se traslapa agravada al Sistema Penitenciario y carcelario, con multiplicidad de funciones y responsabilidades distribuidas entre muchos actores: Ministerio de justicia, Ministerio de Salud y Seguridad Social, instituciones privadas, todas a su vez, compartimentadas y con funciones desintegradas.

Así, por ejemplo, en el campo específico de la Salud, las direcciones territoriales de salud donde se ubiquen los establecimientos penitenciarios o carcelarios, normativamente son responsables de las acciones de Promoción de la Salud para la PPL en tanto colectivo, incluso los recursos financieros están definidos de manera compartimentada en paquetes de servicios denominados Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- reglamentado por la Resolución 518 de 2015.

Cursan por otro lado todas las instituciones con funciones y actividades encargadas de la prestación de servicios a la población con trastornos o enfermedad, muchas veces en completa desconexión con la parte de la salud.

De todas maneras, queda implicada la ejecución al interior de las instituciones, de acciones fundamentales para el bienestar o la buena vida como: a) el cuidado, la protección y el mantenimiento seguro del ambiente; b) la alimentación saludable; c) el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; d) el desarrollo de habilidades sociales y emocionales; e) la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales; f) la sana convivencia; g) el ejercicio del derecho a la salud, que están contenidas en la Resolución 3202 de 2016. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Existe también el recurso de la Gestión del Riesgo, que tiene que ver con problemas y trastornos mentales, que debería ser objeto de trabajo de todos los actores relacionados con el bienestar de la PPL, dado que existe una estrecha relación entre salud mental y bienestar. Baste mirar la amplia gama de actividades comprometidas:

- La garantía de continuidad en la prestación de servicios de salud y las intervenciones en salud
- Valoración integral del estado de salud (incluyendo intervenciones de detección temprana)
- Valoración del contexto social y de redes de apoyo social y comunitarias
- Valoración de la dinámica familiar, como apoyo al desarrollo integral
- Valoración de las condiciones ambientales y el saneamiento básico de los entornos
- Protección específica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Rehabilitación
- Paliación

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La pretensión más importante del tratamiento penitenciario de acuerdo con la Resolución 7302 de 2005 del INPEC, es “alcanzar la resocialización del infractor(a) de la ley penal a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación bajo un espíritu humano y solidario”. Nótese la cantidad de constitutivos fundamentales que la norma le otorga al tratamiento penitenciario, como categoría con la cual se define la trascendental responsabilidad social del sistema penitenciario y carcelario.

Puede parecer una verdad de Perogrullo, pero incluso en los más refinados y encumbrados escenarios donde se trabaja este asunto debe repetirse hasta la saciedad: “no puede confundirse la privación de la libertad con la resocialización de la PPL”, pues en los establecimientos carcelarios privar de la libertad es el medio de castigo y resocializar es el fin último.

### **Viernes 15 de noviembre** **Jornada mañana**

- Taller grupal
  - Conclusiones y recomendaciones, Diomedes Tabima. Germán Moreno. Universidad Tecnológica de Pereira (UTP).
  - Olga María Henao. Claudia María López. Universidad Libre de Pereira.
  - Clausura
- Conclusiones y recomendaciones Christoph Harnisch. Jefe de Delegación, CICR.
- Nicolás Murgueitio Sicard. Director de Política Criminal y Penitenciaria. Ministerio de Justicia y del Derecho.
- Efraín Aragón. Representante de DDHH adjunto de la Dirección General del INPEC.

## 17. DESARROLLO DEL TALLER: INTERSECTORIALIDAD PARA LA SALUD MENTAL EN PRISIONES”

Olga María Henao Trujillo  
 Claudia María López Ortiz  
 Diomedes Tabima García  
 Germán A. Moreno Gómez

Este taller plantea estrategias para el abordaje a la persona privada de la libertad desde un enfoque biopsicosocial, para entender cómo el fenómeno de la drogadicción afecta la dimensión biológica, psicológica y social. La relación entre estas dimensiones es bidireccional, ya que cualquier cambio que ocurra en alguna de ellas, de manera directa afecta a las otras. Bajo esta premisa, se considera la adicción como una complicada y compleja interacción entre factores biológicos (funcionamiento del organismo), psicológicos (emociones y motivaciones de las personas) y sociales (sistema social en el cual interactúa la persona).

La salud mental en los últimos años se ha visto afectada por el aumento de patologías como la depresión y ansiedad, derivados del estrés por los cambios del contexto y el curso de vida, lo cual se evidencia en los análisis de situación en salud, perfiles epidemiológicos y estadísticas vitales a nivel mundial, nacional y local.

### 17.1 Introducción:

La Organización Mundial de la Salud OMS propone un concepto de salud integral, que conciba y garantice un completo estado de bienestar biopsicosocial y no solo la ausen-

cia de la enfermedad, de signos y/o síntomas desagradables, en busca de un modelo holístico para reforzar la connotación positiva de la salud.

Sin embargo, por situaciones particulares en el curso de vida, se ve alterado el completo bienestar y la calidad de vida, más evidente en el caso particular de las personas privadas de la libertad, los cuales constituyen un grupo poblacional casi invisible para la gran mayoría de las personas.

La persona privada de la libertad cumple una condena por delitos cometidos contra la sociedad y/o contra el Estado, hace parte del Sistema Penitenciario y Carcelario, en condiciones que en muchas ocasiones lesionan de manera permanente su dignidad como seres humanos. De ello dan fe las múltiples denuncias y las desbordadas cifras que hablan de hacinamiento, maltrato y enfermedades, que explican las precarias condiciones materiales y no materiales de vida de esta población.

Una de cada 4 personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, es decir unos 450 millones de personas en todo el mundo. Estas enfermedades son el 40% de las enfermedades crónicas y su repercusión en la calidad de vida es mayor que el de otras



enfermedades crónicas como son las enfermedades cardíacas o la diabetes (Acosta, et al. 2009)<sup>1</sup>.

En personas privadas de la libertad los trastornos mentales más comunes son: depresión, ansiedad, psicosis, trastorno de personalidad, abuso de sustancias y el riesgo de suicidio. La prisión es utilizada como recurso asistencial para enfermos mentales que cometen algún delito (Ramírez, et al. 2016)<sup>2</sup>.

El factor de encarcelamiento multiplica la tasa de suicidio en todos los países y constituye una causa común de muerte en prisión. Tal situación también puede cuestionar responsabilidades profesionales e institucionales. Según un informe del Consejo de Europa, en 2004, la tasa de suicidio en prisión para el conjunto de países de su ámbito fue de 88/100.000 (Arroyo-Cobo. 2011)<sup>3</sup>

La Organización Mundial de la Salud – OMS asesora a gobiernos sobre políticas carcelarias, velando por la incapacidad de diagnósticos tempranos, tratamientos y rehabilitación de desórdenes mentales como la depresión en hombres privados de la libertad. Dicha Organización, precisa recopilar información científica que sirva para el manejo de este grupo poblacional vulnerable con la idea de evitar a peores consecuencias como lo es el suicidio.

El problema más común que relaciona los trastornos mentales y el consumo de

sustancias es la intención de las personas que buscan aliviar síntomas mentales que resultan molestos o incómodos. Algunos ejemplos incluyen la persona con depresión que usa marihuana para sentirse mejor, el individuo que sufre de ansiedad social y consume bebidas alcohólicas para sentirse más cómodo en situaciones que implican interacción con otras personas, el que lucha contra los ataques de pánico y toma ansiolíticos para calmar los síntomas o detener los ataques antes de que comiencen o aquel que siente poca energía y falta de motivación y consume cocaína o anfetaminas para aumentar el ánimo.

Se puede afirmar que la asociación entre la psicosis y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas a menudo son bidireccionales, pero que no todos los tipos de consumo están asociados con psicosis.

En Colombia estudios demuestran que la incidencia de depresión en los internos de la cárcel Modelo de Bogotá es del 24%, un porcentaje alarmante cuando se compara con el 3,2% de colombianos que, según la Encuesta Nacional de Salud Mental, tienen ese trastorno.

## 17.2 Objetivo:

Promover la salud mental en las personas privadas de la libertad a través del trabajo inter institucional.

1. Acosta Muñoz, D. & Palencia Rodríguez, O.D. (2009). Realidades sociales penitenciarias y carcelarias de la reincidencia en el establecimiento carcelario.
2. Ramírez Parrondo R, Arbesú Prieto J, Arrieta Antón E, López Chamón S, Casquero Ruiz R. Promoción de la salud: promoción de la salud mental. Medicina de Familia-SEMERGEN. 2016; 42(2): 73-4. 2.
3. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Rev Esp Sanid Penit. 2011;13(3):100-11.

### 17.3 Metodología: “Mesas Dialógicas”

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
9:00 a.m	Salud mental en espacios carcelarios: GENERALIDADES	Dr. Diomedes Tabima García Director Maestría Gerencia en Sistema de Salud UTP
9:15 a.m	Presentación de la metodología	Dr. Germán Alberto Moreno Gómez Docente Investigador UTP
9:20 a.m	<b>Grupos de trabajo, según agenda</b>	
	<b>Grupo 1. Entidad territorial: ACCESO AL SISTEMA DE SALUD: RED SALUD MENTAL</b> <i>¿Cómo garantizan la afiliación de la PPL y su familia al SGSS?: cómo garantizan el acceso a la atención en salud mental a las PPL? ¿Cuáles son las redes y grupos de apoyo para la PPL y su familia? ¿Conoce la red de atención en salud mental para la PPL?</i> (Co responsabilidades)	Dr. Germán Alberto Moreno Gómez Docente Investigador UTP
	<b>Grupo 2: Instituto nacional penitenciario y carcelario, entidades administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud: ATENCIÓN INTEGRAL</b> <i>¿cuáles son las estrategias para identificar signos y/o síntomas relacionados con problemas y/o trastornos mentales o epilepsia o que tengan factores de riesgo para ello en las personas privadas de la libertad? ¿rutas de atención para las personas con afectación de salud mental?</i>	Dr. Diomedes Tabima García Director Maestría Gerencia en Sistema de Salud UTP
	<b>Grupo 3: Ministerio de justicia y del derecho - Ministerio de educación nacional, Ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones: LA INSTITUCIONALIDAD EN SALUD MENTAL.</b> <i>¿Conoce programas o planes de intervención que mitiguen las necesidades en las cárceles para lograr espacios saludables? ¿ha participado en mesas de trabajo que promuevan la inclusión y aceptación social, la prevención del delito? ¿Conoce alguna ruta de integración para las PPL, en relación a sus capacidades para fortalecer su proyecto de vida?</i>	Trabajadora Social Claudia María López Ortiz
10:30 a.m.	Refrigerio. Continúa el Trabajo en Grupos	
	Retro alimentación	CICR Ponentes de cada grupo

La ejecución del taller se dio en 3 momentos: **Primer momento.** Conferencia magistral que retomó los componentes teórico – prácticos de los temas centrales para el trabajo: Entonos Saludables y Cárceles Saludables.

**Segundo momento.** El grupo se subdividió en cuatro mesas de trabajo. Con el instrumento orientador cada moderador dinamizó el ejercicio dialógico.

**Tercer momento.** Espacio para la retroalimentación, socialización de las conclusiones y recomendaciones por cada grupo de trabajo.

#### **17.4 Resultados de las Mesas Dialógicas:**

A continuación se detallan los resultados de los análisis y las recomendaciones de las Mesas Dialógicas.

##### **17.4.1 Mesa N° 1. Entidades Territoriales: Acciones de la Entidad Territorial en Salud Mental para las personas privadas de la libertad**

#### **Participantes:**

Jenny Dirbey Jaramillo Álvarez – Clínica Nuestra Señora de la Paz  
Luz Alejandra Romero González – Instituto Nacional de Salud  
Severo A. Conde - Clínica Basilia

#### **Responsable:**

Germán Alberto Moreno Gómez. UTP

#### **Evaluación de la Matriz**

La valoración de la matriz reportó el siguiente resultado:

Acción	Cumple	Parcial	No cumple
Ejecutar actividades de educación para la salud que promuevan la adecuada nutrición, la actividad física, la evitación del consumo de alcohol, la evitación del consumo de tabaco y el desarrollo de habilidades para la vida en las personas privadas de la libertad.		X	
Caracterizar la población privada de la libertad, a quienes presten sus servicios en salud		X	
Valorar la salud mental de la población privada de la libertad, teniendo en cuenta las condiciones de su vida antes de pertenecer al Sistema Penitenciario y Carcelario, las características de la vida en el establecimiento asignado por el sistema y las proyecciones a futuro que tienen estas personas para su vida con base en su edad, género y características culturales.		X	
Identificar y caracterizar a las personas que tengan relación con la persona privada de la libertad y que se vean directamente afectadas por dicha condición; caracterizarlas en relación a problemas y trastornos mentales y epilepsia; hacer canalización efectiva a los servicios de salud a que tengan derecho.		X	
Detectar oportunamente a las personas que presentan signos y síntomas relacionados con problemas y/o trastornos mentales o epilepsia o que tengan factores de riesgo para ello.			X
Garantizar la dotación necesaria, las condiciones de seguridad pertinente, un sistema de información efectivo, un sistema de referencia y contra referencia oportuna y el talento humano capacitado para brindar la atención en salud mental con calidad a las personas que se encuentran privadas de la libertad.		X	
Brindar una atención oportuna, buscando garantizar los derechos fundamentales a la vida y a la salud.		X	
Implementar el plan básico de manejo en el prestador primario y hacer la efectiva remisión a los servicios de salud complementarios en los casos en que sea necesario.		X	
Derivar a la persona privada de la libertad, en caso de ser necesario, a los servicios clínicos de salud ingresando a la Ruta Integral de Atención a Problemas y Trastornos Mentales.		X	
Definir el plan de cuidado para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Lineamiento Operativo para la gestión de la RIA para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Ministerio de Salud y Protección Social, acorde con las necesidades de la persona que se encuentra privada de la libertad y la modalidad de tratamiento de que disponga el establecimiento de reclusión.		X	
Remitir a los prestadores de servicios de salud complementarios, con el fin de ejecutar el Plan de atención correspondiente si hay riesgo alto de suicidio, de agresión a terceros, estatus epiléptico, patología dual, no hay estabilización del cuadro clínico por parte del prestador primario, o hay demanda inducida de rutas de otros grupos de riesgo.		X	

El grupo de participantes abordó las recomendaciones descritas en el documento, Manual de Gestión Integrada para la Atención Integral y Diferenciada de la Salud Mental de la Población Privada de la Libertad, elaborado en el marco del convenio 547 de 2015 MSPS – OIM expedido por el Ministerio, que contiene las acciones a realizar para promover la Gestión Integrada para la Salud Mental con PPL, por niveles de planificación sectorial e intersectorial y específicamente discutió las que son responsabilidad del ente territorial.

Para realizar un proceso más sistemático el grupo leyó todas las recomendaciones y a partir de la lectura, se puso en consideración su cumplimiento, argumentando las razones y planteando acciones para garantizar su cumplimiento.

### **Reflexiones**

Con respecto a la afiliación y acceso al SGSS, los diferentes actores son claros en afirmar que el actual modelo contempla dos tipos de afiliados entre las PPL, los que tienen régimen contributivo, que siguen afiliados a la EAPB y es ella quien debe garantizar el acceso al servicio de Salud, con todos los inconvenientes que eso conlleva y que genera graves problemas de acceso a estas personas. El otro grupo está conformado por las PPL que están afiliadas al régimen subsidiado, y que son atendidas a través de una fiducia.

Uno de los problemas más delicados que se planteó por parte del grupo es la situación que ocurre cuando la PPL que no está afiliada al régimen contributivo recobra su libertad, porque la garantía de aseguramiento no se materializa o toma mucho tiempo, con graves consecuencias cuando estaba en tratamiento para alguna patología porque se que-

da sin acceso al servicio de salud. Ocurren estas situaciones a pesar de que el ente territorial debe garantizar la afiliación, el acceso y la inclusión al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas que cumplen su sentencia de privación de la libertad y de sus familias.

Por esta razón, una de las propuestas que hace el grupo es que se generen los mecanismos administrativos para que la PPL que cumpla su pena, tenga su afiliación inmediata al régimen subsidiado y para su familia en la entidad territorial que le corresponda. Para esto es necesario que la entidad territorial, en coordinación con el INPEC, caracterice la PPL de su territorio para efectos de planificación del aseguramiento.

Para la grave situación que están padeciendo las PPL afiliadas al régimen contributivo, la propuesta es que desde su ingreso al establecimiento y mientras se encuentre en él, la UPC de esa persona se traslade al fondo, para garantizar el acceso a los servicios. El núcleo familiar que es lo que más le preocupa a la PPL seguiría en la aseguradora donde estaba afiliado.

Se propone que la PPL tenga conocimiento de los planes, programas y proyectos que se desarrollan en el territorio para satisfacer sus necesidades en salud; el grupo planteó la necesidad de contar con una historia clínica única (de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social) que permita registrar las atenciones en salud durante su permanencia en el establecimiento; que se entregue una copia de su historia clínica a la persona una vez quede en libertad, para que pueda continuar su tratamiento en la IPS que defina la entidad territorial. Lo anterior se debe acompañar de un fortalecimiento de la estrategia Información, Edu-

cación, Capacitación IEC que permita a las PPL conocer sus derechos en salud y como hacerlos efectivos una vez culmine su condena.

Consideran los integrantes del grupo que muchas de las acciones propuestas no se cumplen por la desintegración funcional que existe entre los diferentes actores, lo que conlleva duplicidad de acciones y/o acciones aisladas que tienen poco impacto en la salud mental de las PPL. Sugieren los participantes que urge definir entre todos los responsables, las rutas claras de atención en salud mental de las PPL, para contribuir a la disminución de la carga de enfermedad por estas causas.

Esa fragmentación de la atención, se ve agravada por la poca o nula vigilancia y control que deberían ejercer las entidades responsables sobre los encargados de brindar una atención oportuna y de calidad a las PPL y sus familias.

### Propuestas

Afiliación automática de la PPL y su familia al régimen que le corresponda una vez cumpla su sentencia.

La UPC de la PPL del régimen contributivo debe transferirse al fondo para poderle garantizar el acceso a los servicios de salud dentro del modelo de atención establecido para privados de la libertad.

La entidad territorial debe caracterizar la PPL de su área de influencia con el fin de planificar de forma adecuada el acceso a los servicios de salud cuando salga de los centros de reclusión.

Implementar la historia clínica única electrónica en todo el sistema para permitir la

trazabilidad y seguimiento a las PPL que hacen uso de los servicios de salud.

Garantizar que la PPL cuando salga del establecimiento de reclusión lleve consigo una copia de la historia clínica que se generó durante su permanencia en el establecimiento carcelario y/o penitenciario.

Fortalecer los procesos de IEC para las PPL con el propósito de que conozcan sus derechos en salud y los mecanismos que pueden utilizar para el goce del derecho.

Garantizar el cumplimiento de las rutas de atención en salud mental que están aprobadas.

Definir mecanismos y estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial que faciliten la implementación de los cambios requeridos en el modelo de atención en salud para las PPL, propiciando la atención diferenciada y humanizada a las personas privadas de la libertad y a sus familias.

Exigir a las entidades de vigilancia y control que ejerzan sus funciones para garantizar el derecho a la salud de las PPL.

**17.4.2 Mesa N° 2. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC - Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS.**

### Integrantes:

Nancy Adiel Euscatogui - INPEC  
Nuria Carrera Graño Graño - CICR  
Mauricio Irequi Tarquino - Consorcio

### Responsable:

Diomedes Tabima García. UTP



### Evaluación de la Matriz:

Acción	Cumple	Parcial	No cumple
Ejecutar actividades de educación para la salud que promuevan la adecuada nutrición, la actividad física, la evitación del consumo de alcohol, la evitación del consumo de tabaco y el desarrollo de habilidades para la vida en las personas privadas de la libertad.		X	
Caracterizar la población privada de la libertad, a quienes presten sus servicios en salud			X
Valorar la salud mental de la población privada de la libertad, teniendo en cuenta las condiciones de su vida antes de pertenecer al Sistema Penitenciario y Carcelario, las características de la vida en el establecimiento asignado por el sistema y las proyecciones a futuro que tienen estas personas para su vida con base en su edad, género y características culturales.			X
Identificar y caracterizar a las personas que tengan relación con la persona privada de la libertad y que se vean directamente afectadas por dicha condición; caracterizarlas en relación a problemas y trastornos mentales y epilepsia; hacer canalización efectiva a los servicios de salud a que tengan derecho.			X
Detectar oportunamente a las personas que presentan signos y síntomas relacionados con problemas y/o trastornos mentales o epilepsia o que tengan factores de riesgo para ello.			X
Garantizar la dotación necesaria, las condiciones de seguridad pertinentes, un sistema de información efectivo, un sistema de referencia y contra referencia oportuno y el talento humano capacitado para brindar la atención en salud mental con calidad a las personas que se encuentran privadas de la libertad.		X	
Brindar una atención oportuna, buscando garantizar los derechos fundamentales a la vida y a la salud.		X	
Implementar el plan básico de manejo en el prestador primario y hacer la efectiva remisión a los servicios de salud complementarios en los casos en que sea necesario.		X	
Derivar a la persona privada de la libertad, en caso de ser necesario, a los servicios clínicos de salud ingresando a la Ruta Integral de Atención a Problemas y Trastornos Mentales.		X	
Definir el plan de cuidado para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Lineamiento Operativo para la gestión de la RIA para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Ministerio de Salud y Protección Social, acorde con las necesidades de la persona que se encuentra privada de la libertad y la modalidad de tratamiento de que disponga el establecimiento de reclusión.		X	
Remitir a los prestadores de servicios de salud complementarios, con el fin de ejecutar el Plan de atención correspondiente si hay riesgo alto de suicidio, de agresión a terceros, estatus epiléptico, patología dual, no hay estabilización del cuadro clínico por parte del prestador primario, o hay demanda inducida de rutas de otros grupos de riesgo.		X	

Es evidente que de las 11 actividades que son responsabilidad del INPEC, USPEC, las EAPB e IPS, ninguna es cumplida totalmente por estas entidades.

En conjunto, estas instituciones cumplen parcialmente con 7 de las 11 actividades (63.6%), siendo notorio que los esfuerzos no logran satisfacer plenamente las expectativas de la PPL en materia de salud y/o de salud mental. Este fenómeno refleja la deuda que institucionalmente de tiempo atrás tiene el Estado con estas poblaciones.

Se destaca de manera especial que más de una tercera parte, 4 de once, (36.4%) de las actividades orientadas a ofrecer servicio de salud con dignidad a la PPL no se están ejecutando, hecho preocupante, evaluado por las autoridades del Estado.

Es alarmante identificar como cómo actividades tan elementales e importantes como las que se enuncian a continuación, sean identificadas por los asistentes como carencias fundamentales para la prestación de servicio:

- a) Caracterizar la población privada de la libertad.
- b) Valorar la salud mental de la población privada de la libertad, teniendo en cuenta las condiciones de su vida antes de pertenecer al Sistema Penitenciario y Carcelario, Identificar.
- c) Caracterizar a las personas que tengan relación con la persona privada de la libertad y que se vean directamente afectadas por dicha condición.
- d) Detectar oportunamente a las personas que presentan signos y síntomas relacionados con problemas y/o trastornos mentales o epilepsia.

Se torna difícil, por no decir imposible, pensar en procesos de rehabilitación de un PPL al interior de un sistema cuando la dignidad y los derechos son ambiguos o no se han asimilado por los actores del sistema y mucho menos por la población general

### **Reflexiones**

La educación en salud es trascendental para que el modelo propuesto en prisiones pueda tener desarrollos adecuados en el futuro.

La nutrición y la actividad física son dos actividades cardinales que son fundamentales para el bienestar y la salud de la PPL.

La Salud Penitenciaria no cuenta con un sistema de información que permita dar cuenta de las actividades que realmente se hacen. Muchas no se registran.

La atención a la PPL se caracteriza por su discontinuidad en varios frentes, siendo el más sensible la prestación de servicios. Es una necesidad urgente garantizar la atención continua de los pacientes como manera de garantizar su derecho a la atención en salud.

En algunas instituciones existen funcionarios con Intensiones y realizaciones buenas, pero son individuales, no se socializan y, en consecuencia, no es posible aprovecharlas en las otras dependencias.

Es indispensable y urgente realizar un análisis de las capacidades desde todas y cada una de las instituciones y las necesidades de los sitios y las personas, lo cual permitiría asumir repuestas más articuladas por parte de las autoridades responsables de la salud de la PPL.

## Propuestas

La Estrategia de Cárceles Saludables se presenta como una atractiva propuesta que debe ser mejor conocida por las autoridades responsables del Sistema Penitenciario y Carcelario.

La infraestructura de las instituciones penitenciarias y carcelarias deben ser más acordes con las necesidades, la dignidad y el derecho de la PPL.

La prestación de servicios de salud extramurales para PPL que lo requieren, exigen manejo especial articulado entre Salud, Sincronía con custodia y vigilancia.

La Historia Clínica debe ser realmente Integrada integrada e integradora, como instrumento fundamental del sistema de prestación de servicios.

Las Direcciones Territoriales de Salud deben jugar un papel protagónico y fundamental en el ejercicio de trabajar por la salud pública el al interior de las cárceles con estrategias como Entornos Saludables y/o Cárceles Saludables.

Las valoraciones clínicas de ingreso son fundamentales y deben ser obligatorias y supervisadas en sus contenidos porque inician el sistema de información de todo el modelo.

Los perfiles epidemiológicos en cada establecimiento son claves para mantener en equilibrio la relación Atención/Gasto.

La implementación de un adecuado modelo de tamizaje permitirá orientar los servicios de manera eficiente y garantizar su oportunidad.

La Caracterización caracterización de la población, además de ser un procedimiento de generación de datos, debe complementarse con un procedimiento juicioso de análisis orientado a la generación de información idónea para la toma de decisiones.

Se requiere integralidad de la Historia Clínica, con un alcance tal que cubra todas las instituciones donde sea trasladado el paciente.

Evaluación La evaluación de la Salud Mental debe ser obligatoria y sistemática, pues siendo fundamental, no se cumple de manera sistemática para las PPL.

Debe ser obligatoria la Evaluación de Ingreso para que sea articulada con la autoevaluación para gestión del riesgo

Una enfermera con entrenamiento en Salud Mental puede encargarse de realizar el examen a manera de tamiz a todas las PPL.

Disponer de contactos externos que potencien las acciones de salud con las PPL, dado que esta acción no se cumple. Se requiere (es fundamental) la participación de la Dirección Departamental y la Dirección Local de Salud donde esté ubicado el establecimiento.

Debe garantizarse la privacidad cuando el penado recibe visitas especiales.

Implementar los procedimientos propios de la Detección Oportuna, pues no se cumplen.

Para que sea “oportuna” se propone realizarla a través de un tamizaje y una entrevista de ingreso que permita identificar problemas o potencialidades.

Debe cumplirse con la Dotación. No se cumple para todos los privados de la libertad y ni con la frecuencia que se detalla en las normas.

A pesar de existir talento humano con capacitación adecuada, las condiciones de seguridad riñen con la posibilidad de garantizarles adecuada atención a las personas.

### 17.4.3 Mesa N° 3. Ministerio de Justicia y del Derecho - Ministerio de Educación Na-

**cional, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. La institucionalidad en Salud Mental.**

**Participantes:**

José Luis Díaz Martínez. INS  
Juan David Marín V. CICR.

**Responsable:**

Claudia María López Ortiz. Universidad Libre de Pereira

**Evaluación de la matriz:**

Acción	Cumple	Parcial	No cumple
Ejecutar actividades de educación para la salud que promuevan la adecuada nutrición, la actividad física, la evitación del consumo de alcohol, la evitación del consumo de tabaco y el desarrollo de habilidades para la vida en las personas privadas de la libertad.		X	
Caracterizar la población privada de la libertad, a quienes presten sus servicios en salud			X
Valorar la salud mental de la población privada de la libertad, teniendo en cuenta las condiciones de su vida antes de pertenecer al Sistema Penitenciario y Carcelario, las características de la vida en el establecimiento asignado por el sistema y las proyecciones a futuro que tienen estas personas para su vida con base en su edad, género y características culturales.			X
Identificar y caracterizar a las personas que tengan relación con la persona privada de la libertad y que se vean directamente afectadas por dicha condición; caracterizarlas en relación a problemas y trastornos mentales y epilepsia; hacer canalización efectiva a los servicios de salud a que tengan derecho.			X
Detectar oportunamente a las personas que presentan signos y síntomas relacionados con problemas y/o trastornos mentales o epilepsia o que tengan factores de riesgo para ello.			X
Garantizar la dotación necesaria, las condiciones de seguridad pertinentes, un sistema de información efectivo, un sistema de referencia y contra referencia oportuno y el talento humano capacitado para brindar la atención en salud mental con calidad a las personas que se encuentran privadas de la libertad.		X	
Brindar una atención oportuna, buscando garantizar los derechos fundamentales a la vida y a la salud.		X	
Implementar el plan básico de manejo en el prestador primario y hacer la efectiva remisión a los servicios de salud complementarios en los casos en que sea necesario.		X	
Derivar a la persona privada de la libertad, en caso de ser necesario, a los servicios clínicos de salud ingresando a la Ruta Integral de Atención a Problemas y Trastornos Mentales.		X	

Definir el plan de cuidado para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Lineamiento Operativo para la gestión de la RIA para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Ministerio de Salud y Protección Social, acorde con las necesidades de la persona que se encuentra privada de la libertad y la modalidad de tratamiento de que disponga el establecimiento de reclusión.		X	
Remitir a los prestadores de servicios de salud complementarios, con el fin de ejecutar el Plan de atención correspondiente si hay riesgo alto de suicidio, de agresión a terceros, estatus epiléptico, patología dual, no hay estabilización del cuadro clínico por parte del prestador primario, o hay demanda inducida de rutas de otros grupos de riesgo.		X	

### Reflexiones

El ente territorial no genera planes, tampoco programas ni proyectos para la salud mental de la persona privada de la libertad.

Falta más apoyo de las entidades que administran los recursos para mejorar las condiciones y la calidad de vida en los espacios carcelarios.

Se desconocen estrategias para la atención humanizada y diferenciada.

### Propuestas:

Diseñar rutas para la atención integral de las personas privadas de la libertad.

Establecer protocolos para la afiliación, atención a las PPL, familiares y/o cuidadores.

Definir estrategias para sensibilizar sobre la prevención del delito.

Garantizar trabajo inter institucional que propenda por garantizar los derechos humanos y en salud, en las personas privadas de la libertad.

### 17.4.4 Mesa N° 4. Ruta de Atención para la Salud Mental: Propuesta Integradora

#### Participantes:

Sandra Franco. Universidad de Caldas

Fabiola Posada. Consorcio

Carmen Bermúdez. INPEC

Óscar Cruz Martínez. Ministerio de Salud y Protección Social

#### Responsable:

Olga María Henao Trujillo. Universidad Libre de Pereira



**Evaluación de la matriz:**

Acción	Cumple	Parcial	No cumple
Ejecutar actividades de educación para la salud que promuevan la adecuada nutrición, la actividad física, la evitación del consumo de alcohol, la evitación del consumo de tabaco y el desarrollo de habilidades para la vida en las personas privadas de la libertad.		X	
Caracterizar la población privada de la libertad, a quienes presten sus servicios en salud			X
Valorar la salud mental de la población privada de la libertad, teniendo en cuenta las condiciones de su vida antes de pertenecer al Sistema Penitenciario y Carcelario, las características de la vida en el establecimiento asignado por el sistema y las proyecciones a futuro que tienen estas personas para su vida con base en su edad, género y características culturales.			X
Identificar y caracterizar a las personas que tengan relación con la persona privada de la libertad y que se vean directamente afectadas por dicha condición; caracterizarlas en relación a problemas y trastornos mentales y epilepsia; hacer canalización efectiva a los servicios de salud a que tengan derecho.			X
Detectar oportunamente a las personas que presentan signos y síntomas relacionados con problemas y/o trastornos mentales o epilepsia o que tengan factores de riesgo para ello.			X
Garantizar la dotación necesaria, las condiciones de seguridad pertinentes, un sistema de información efectivo, un sistema de referencia y contrarreferencia oportuno y el talento humano capacitado para brindar la atención en salud mental con calidad a las personas que se encuentran privadas de la libertad.		X	
Brindar una atención oportuna, buscando garantizar los derechos fundamentales a la vida y a la salud.		X	
Implementar el plan básico de manejo en el prestador primario y hacer la efectiva remisión a los servicios de salud complementarios en los casos en que sea necesario.		X	
Derivar a la persona privada de la libertad, en caso de ser necesario, a los servicios clínicos de salud ingresando a la Ruta Integral de Atención a Problemas y Trastornos Mentales.		X	
Definir el plan de cuidado para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Lineamiento Operativo para la gestión de la RIA para problemas y trastornos mentales y epilepsia del Ministerio de Salud y Protección Social, acorde con las necesidades de la persona que se encuentra privada de la libertad y la modalidad de tratamiento de que disponga el establecimiento de reclusión.		X	
Remitir a los prestadores de servicios de salud complementarios, con el fin de ejecutar el Plan de atención correspondiente si hay riesgo alto de suicidio, de agresión a terceros, estatus epiléptico, patología dual, no hay estabilización del cuadro clínico por parte del prestador primario, o hay demanda inducida de rutas de otros grupos de riesgo.		X	



## Reflexiones

El INPEC desconoce los programas de atención integral en salud y las acciones específicas para la intervención y/o mitigación salud mental.

A nivel del INPEC Bogotá, el ente territorial tiene una red de atención. Existe una red intramural y a nivel extramural se cuenta con dos instituciones especializadas para la atención en salud mental.

Inexistencia de grupos de apoyo para la red familiar de las personas privadas de la libertad, cuentan con el voluntariado de fundaciones sociales y/o iglesias, los cuales de manera voluntaria realizan actividades generales de intervención.

La persona privada de la libertad que no tiene capacidad de pago ingresa al Fondo Penitenciario, en tanto, los que tienen capacidad de pago continúan en el régimen contributivo al igual que aquellos que están adscritos a un régimen especial.

## Propuestas

Garantizar acciones coordinadas, complementarias y efectivas entre las instituciones responsables de la salud penitenciaria para garantizar el derecho a la salud, reflejadas en estrategias y servicios dirigidos a las PPL y a la familia.

Promover la complementariedad en la gestión de los actores sectoriales e intersectoriales para el impacto positivo de los determinantes sociales de la salud.

Implementar mecanismos efectivos de participación y movilización social, que permitan a los individuos y a las comunidades reconocerse a sí mismos como actores.

## 17.4.5 Compendio de las Propuestas

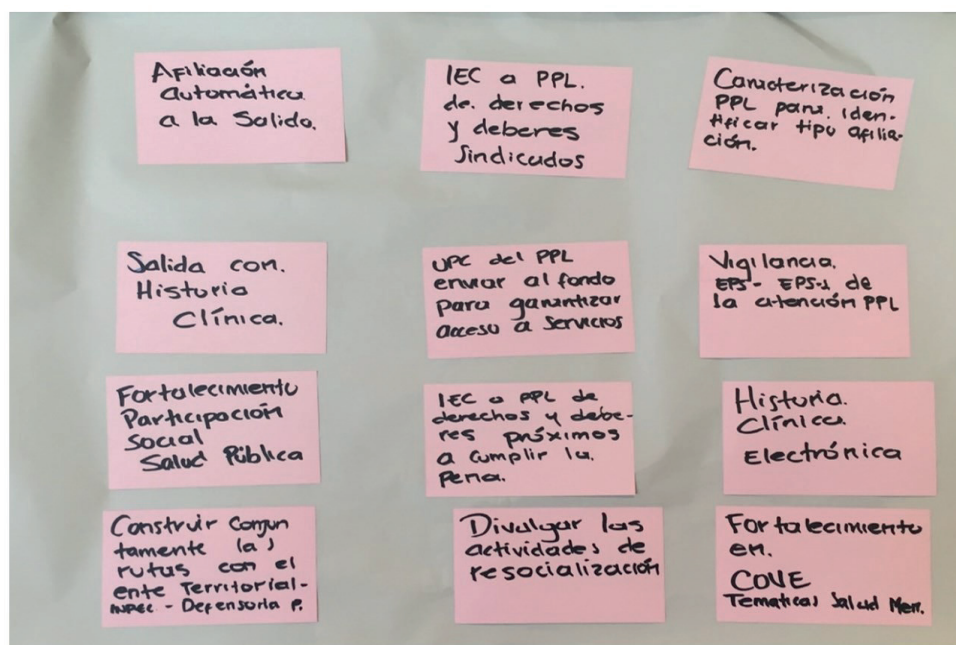
- Afiliación automática de la PPL y su familia al régimen que le corresponda una vez cumpla su sentencia.
- La UPC de la PPL del régimen contributivo debe transferirse al fondo para poderle garantizar el acceso a los servicios de salud dentro del modelo de atención establecido para privados de la libertad.
- La entidad territorial debe caracterizar la PPL de su área de influencia con el fin de planificar de forma adecuada el acceso a los servicios de salud cuando salga de los centros de reclusión.
- Implementar la historia clínica única electrónica en todo el sistema para permitir la trazabilidad y seguimiento a las PPL que hacen uso de los servicios de salud.
- Garantizar que la PPL, cuando salga del establecimiento de reclusión, lleve consigo una copia de la historia clínica que se generó durante su permanencia en el establecimiento carcelario y/o penitenciario.
- Fortalecer los procesos de IEC para las PPL con el propósito de que conozcan sus derechos en salud y los mecanismos que pueden utilizar para el goce del derecho.
- Garantizar el cumplimiento de las rutas de atención en salud mental que están aprobadas.
- Definir mecanismos y estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial que faciliten la implementación de los cambios requeridos en el modelo de atención en salud para las PPL, propiciando la atención diferenciada y humanizada a las personas privadas de la libertad y a sus familias.
- Exigir a las entidades de vigilancia y control que ejerzan sus funciones para garantizar el derecho a la salud de las PPL.

- La Estrategia de Cárceles Saludables se presenta como una atractiva propuesta que debe ser mejor conocida por las autoridades responsables del Sistema Penitenciario y Carcelario.
- La infraestructura de las instituciones penitenciarias y carcelarias deben ser más acordes con las necesidades, la dignidad y el derecho de la PPL.
- La prestación de servicios de salud extramurales para PPL que lo requieren, exigen manejo especial articulado entre Salud, sincronía con custodia y vigilancia
- La Historia Clínica debe ser realmente integrada e integradora, como instrumento fundamental del sistema de prestación de servicios.
- Las Direcciones Territoriales de Salud deben jugar un papel protagónico y fundamental en el ejercicio de trabajar por la salud pública el interior de las cárceles con estrategias como Entornos Saludables y/o Cárceles Saludables.
- Las valoraciones clínicas de ingreso son fundamentales y deben ser obligatorias y supervisadas en sus contenidos porque inician el sistema de información de todo el modelo.
- Los perfiles epidemiológicos en cada establecimiento son clave para mantener en equilibrio la relación Atención/Gasto.
- La implementación de un adecuado modelo de tamizaje permitirá orientar los servicios de manera eficiente y garantizar su oportunidad.
- La Caracterización de la población, además de ser un procedimiento de generación de datos, debe complementarse con un procedimiento juicioso de análisis orientado a la generación de información idónea para la toma de decisiones.
- Se requiere integralidad de la Historia Clínica, con un alcance tal que cubra todas las instituciones donde sea trasladado el paciente.
- Evaluación de la Salud Mental debe ser obligatoria y sistemática, pues siendo fundamental, no se cumple de manera sistemática para las PPL.
- Debe ser obligatoria la Evaluación de Ingreso para que sea articulada con la autoevaluación para gestión del riesgo.
- Una enfermera con entrenamiento en Salud Mental puede encargarse de realizar el examen a manera de tamiz a todas las PPL.
- Disponer de contactos externos que potencien las acciones de salud con las PPL, dado que esta acción no se cumple. Se requiere (es fundamental) la participación de la Dirección Departamental y la Dirección Local de Salud donde esté ubicado el establecimiento.
- Debe garantizarse la privacidad cuando el penado recibe visitas especiales.
- Implementar los procedimientos propios de la Detección Oportuna, pues no se cumplen. Para que sea “oportuna” se propone realizarla a través de un tamizaje y una entrevista de ingreso que permita identificar problemas o potencialidades.
- Debe cumplirse con la Dotación. No se cumple para todos los privados de la libertad y con la frecuencia que se detalla en las normas.
- A pesar de existir talento humano con capacitación adecuada las condiciones de seguridad riñen con la posibilidad de garantizarles adecuada atención a las personas.
- Diseñar rutas para la atención integral de las personas privadas de la libertad.
- Establecer protocolos para la afiliación, atención a las PPL, familiares y/o cuidadores.
- Definir estrategias para sensibilizar sobre la prevención del delito.
- Garantizar trabajo interinstitucional que propenda por garantizar los derechos humanos y en salud, en las personas privadas de la libertad.

- Garantizar acciones coordinadas, complementarias y efectivas entre las instituciones responsables de la salud penitenciaria para garantizar el derecho a la salud, reflejadas en estrategias y servicios dirigidas a las PPL y la familia.
- Promover la complementariedad en la gestión de los actores sectoriales e intersectoriales para el impacto positivo de los determinantes sociales de la salud.

**17.5 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:**





## 18 CONCLUSIONES GENERALES

- El Seminario Nacional de Salud Penitenciario organizado por el CICR, en cada una de sus ediciones, constituye un espacio desde el cual se mantiene abierta y activa la discusión sobre las condiciones materiales y no materiales de vida del PPL en Colombia.
- El Seminario Nacional de Salud Penitenciario organizado por el CICR, por ser un evento que convoca periódicamente las instituciones responsables e interesadas en la PPL y sus derechos debe continuar, pues permite compartir y aprender de experiencias nacionales e internacionales.
- La Estrategia de Cárceles Saludables se presenta como una atractiva propuesta que debe ser mejor conocida por las autoridades responsables del Sistema Penitenciario y Carcelario. Tiene múltiples potencialidades que pueden contribuir a rescatar la dignidad de las PPL y a potenciar los procesos de rehabilitación en un contexto de respeto por los derechos de las personas.
- La estrategia Cárceles Saludables está alineada con los postulados históricos y actuales de la OPS/OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social. Esto constituye un potencial de inmenso valor para ser tenido en cuenta por las autoridades del Sistema Penitenciario y Carcelario en Colombia.
- El Modelo de Salud y el Modelo de Prestación de Servicios al interior del Sistema Penitenciario y Carcelario debe analizar su estructura organizacional haciendo énfasis en la gobernabilidad: donde todos mandan se corre el riesgo que la autoridad se diluya y las decisiones no impacten positivamente el objetivo general del modelo.
- El Modelo de Salud y el Modelo de Prestación de Servicios del Sistema Penitenciario y Carcelario de Colombia debe ser dotado de un poderoso Sistema de Infor-

- mación que tenga como núcleo central la Historia Clínica Única modelada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El sistema adolece de estrategias y programas sistematizados y continuos para las Personas Privadas de la Libertad, al interior de los entornos carcelarios, que garanticen la dignidad y los derechos humanos de todos los miembros de la comunidad penitenciaria.
  - El INPEC debe exigir atención con calidad en las distintas fases de atención en salud integral, que mejore la capacidad resolutiva intra mural e integre la familia.
  - El Sistema Penitenciario y Carcelario debe darle mayor atención a los apoyos potenciales que le puede brindar la Academia en términos de: a) programas formación de talento humano; b) proyectos de investigación; c) proyectos de extensión.
  - Está en pie la oferta oficial de la Universidad Tecnológica de Pereira y la Universidad Libre de Pereira para generar en el Eje Cafetero un proyecto piloto de Cáceles Saludables en el marco de la Política de Atención Integral de Salud PAIS, el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE y generando las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS.