



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Accesibilidad a los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en Contextos Penitenciarios en Colombia: Una revisión documental (1993 – 2017)

Yenni Alejandra Mahecha Echeverri

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública (Especialización en Administración en Salud Pública)

Bogotá D.C., Colombia

2017-2018

Accesibilidad a los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en Contextos Penitenciarios en Colombia: Una revisión documental (1993-2017)

Yenni Alejandra Mahecha Echeverri

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Especialista en Administración en salud pública

Director

Doctor Norman Giovanni Apraez Ippolito

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública (Especialización en Administración en Salud Pública)

Bogotá D.C., Colombia

2017-2018

*El secreto de la libertad radica
en educar a las personas, mientras que
el secreto de la tiranía es
mantenerlas ignorantes.*

(Maximilien Robespierre)

*Agradezco todas esas veces que he caído,
porque de allí he aprendido a levantarme con mas fuerzas.*

*Dedico este trabajo a mi madre y mi abuela
la señora Elvia.*

Agradecimientos

Primeramente, a Dios quien ha puesto en mi camino todas las posibilidades y me ha permitido trabajar al servicio de los demás.

A mis padres por elevar mi confianza y ayudarme a cumplir mis sueños.

A la planta docente de la especialización, quienes aportaron sus conocimientos con dedicación y esfuerzo por mi aprendizaje, en especial al profesor Norman Giovanni Apraez y el profesor Sebastian Castillo quienes apoyaron esta investigación.

Resumen

La población privada de la libertad en Colombia, representa una de las poblaciones con mayor exposición a factores de riesgo y vulnerabilidad, lo cual trae consigo una problemática importante a abordar.

En los contextos penitenciarios se encuentran diversas barreras para el goce efectivo de la salud, basadas en entornos nocivos, de violencia y conflicto, inadecuada infraestructura, poca oportunidad laboral y desarrollo productivo, exposición a enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, baja actividad en roles y participación de ocio.

En este marco el desarrollo de esta investigación tuvo con objetivo analizar de forma descriptiva la información existente acerca de la accesibilidad a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los contextos penitenciarios en Colombia, elaborando una revisión temática mediante la selección de estudios de tipo tesis y artículos, marco normativo sobre el derecho a la salud y publicaciones de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Teniendo como resultados la evidencia de algunos programas implementados por el INPEC y por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la normatividad que garantiza el derecho fundamental a la salud en los contextos penitenciarios.

Como conclusión se logra evidencia que los contextos penitenciarios en Colombia son foco directo de diversos factores de riesgo y de la presencia de enfermedades, que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no logran impactar positivamente en la población, que existen las normativas que garantizan el derecho a la salud pero que estas no se cumplen en los entornos de privación de la libertad.

Palabras clave utilizadas: salud y cárcel, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, sistemas sanitarios cárcel, derechos humanos cárcel.

Abstrac

The population deprived of freedom in Colombia, representative of the populations with greater exposure to risk factors and vulnerability, which brings with it an important problem to address.

In the prison contexts are the various barriers to the effective use of health, in harmful environments, violence and conflict, inadequate infrastructure, little job opportunity and productive development, exposure to infectious and chronic noncommunicable diseases, low activity in roles and leisure participation.

In this framework, the purpose of this research was to analyze in a descriptive way the existing information about the accessibility to health promotion and disease prevention programs in prison contexts in Colombia, developing a thematic review through the selection of thesis studies and articles, normative framework on the right to health and publications of governmental and non-governmental organizations.

Taking as results the evidence of some programs implemented by INPEC and by governmental and non-governmental organizations, the regulations that guarantee the fundamental right to health in prison contexts.

In conclusion, evidence is obtained that prison contexts in Colombia are a direct focus of various risk factors and the presence of diseases, that health promotion and disease prevention programs fail to have a positive impact on the population, that there are regulations that guarantee the right to health but that are not met in environments where deprivation of liberty is involved.

Key words used: health and jail, health promotion, disease prevention, jail health systems, jail human rights.

Contenido

| | Pág. |
|---|--------------|
| Resumen | V |
| Lista de figuras..... | VIII |
| Lista de tablas..... | IX |
| Lista de abreviaturas..... | X |
| | |
| Introducción..... | 11 |
| 1. Formulación y planteamiento del objeto de estudio | 12 |
| 1.1 Enunciación del problema de investigación | 12 |
| 2. Justificación | 13 |
| 3. Objetivos de investigación | 15 |
| 3.1 Objetivo general | 15 |
| 3.2 Objetivos específicos | 15 |
| 4. Marco Teórico..... | 16 |
| | |
| 5. Diseño metodológico de la investigación | 23 |
| 5.1 Tipo de estudio..... | 23 |
| 5.2 Método de investigación..... | 23 |
| | |
| 6. Resultados..... | 26 |
| | |
| 7. Discusión..... | 35 |
| | |
| 8. Conclusiones y recomendaciones..... | 36-37 |
| | |
| Anexos técnicos..... | 38 |
| | |
| Referencias bibliográficas..... | 55-59 |

Lista de figuras

| | Pag |
|---|------------|
| Figura 1-1: Flujograma de análisis documental, tipología 1 tesis y artículos de revistas indexadas..... | 27 |
| Figura 2-1: flujograma de análisis documental, tipología 2 marco normativo..... | 28 |
| Figura 3-1: Flujograma de análisis documental, tipología 3 entidades gubernamental Y no gubernamentales..... | 29 |

Lista de tablas

| | pag |
|---|------------|
| Tabla 1-1: Criterios de inclusión y exclusión..... | 24 |
| Tabla 2-1: Descriptores de búsqueda..... | 24 |
| Tabla 3-1: Numero de artículos identificados según bases de datos revisadas..... | 26 |
| Tabla 4-1: Matriz de análisis documental | 30 |

Lista de abreviaturas

| Abreviatura | Término |
|--------------------|--|
| INPEC | Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia |
| ERON | Establecimiento de reclusión de orden Nacional |
| SISPRO | Sistema Integral de la Información de la Protección Social |
| SIVIGILA | Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública |
| CICR | Comité Internacional de la Cruz Roja |
| USPEC | Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| UPA | Unidad de Atención Primaria |

Introducción

La salud es un derecho fundamental que, dentro del marco normativo y legislativo en Colombia, se propende por lograr abarcar a las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad por lo cual se fundamenta en principios de equidad, universalidad, oportunidad, eficiencia etc. Los cuales llevan a que se genere mayor cobertura en salud hacia la población en situación de confinamiento impactando directamente en los determinantes de la salud, con la identificación de factores de riesgo, el saneamiento de los establecimientos carcelarios y la prestación de los servicios de salud en su orden jerárquico y predicho según el sistema actual de salud.

Con lo anterior cabe anotar que la población privada de la libertad es en la actualidad un problema de salud pública, dado a que se enfrentan a diversos factores de riesgo y presentan mayor vulnerabilidad en su salud, frente a esto según la garantía al derecho a la salud abarca la generación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en busca de ampliar la cobertura en salud de estas personas y reducir su vulnerabilidad.

En este estudio se invita al lector a explorar y reconocer el contexto definido por la evidencia científica, frente a las diversas dimensiones que abarcan la accesibilidad a dos partes fundamentales como lo son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en población en condición de reclusión en Colombia, analizando la problemática a partir de la revisión documental de artículos de revistas indexadas y tesis realizadas, la información abordada en el marco normativo hacia el derecho fundamental de la salud y la evidencia de programas realizados por entidades gubernamental y no gubernamentales.

1. Formulación y planteamiento del objeto de estudio

1.1 Pregunta de investigación

¿Cómo se desarrolla la accesibilidad a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los contextos penitenciarios en Colombia según la revisión temática de artículos científicos y tesis, el marco normativo del derecho a la salud y las entidades gubernamentales y no gubernamentales?

1.2 Planteamiento del problema de investigación

La salud depende de unos determinantes primordiales para el bienestar y la calidad de vida, la modificación negativa de estos promueve al desarrollo de la enfermedad, lo cual ocurre constantemente en los centros de reclusión, estos son entornos de riesgo para la adquisición de enfermedades infecciosas transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones traumáticas hasta la muerte.¹

Este marco describe la importancia de velar por el derecho fundamental a la salud el cual es vulnerado directamente en los establecimientos penitenciarios, la privación de la libertad ya pone en riesgo la salud de la población, los entornos en los cuales habitan las personas son en ocasiones espacios muy reducidos con sobrepoblación y hacinamiento, en condiciones insalubres, la violencia intracarcelaria aumenta los índices de morbilidad y mortalidad.²

Se reconoce que el contexto penitenciario abarca diferentes factores de riesgo potenciales para la vulnerabilidad. La accesibilidad a diversos programas en salud, propuestos por el marco normativo favorecen entornos más saludables y propicios para el desarrollo y la calidad de vida de los individuos velando por sus derechos fundamentales.

2. Justificación

Las personas privadas de la libertad en diferentes contextos se definen como órgano blanco para las inequidades y desigualdades dentro de un enfoque de garantías para su bienestar, partiendo de la base de la exclusión social por tiempos determinados, las restricciones hacia la participación social, los maltratos físicos y psicológicos, condiciones de vivienda poco salubres y la poca accesibilidad a tecnologías en salud, propenden por un entorno vulnerable que afecta su salud física y mental.

Según el último informe realizado por el INPEC, se encuentra una situación importante que afecta potencialmente a la población reclusa el cual habla acerca del hacinamiento, el total de población intramural para el 2017 es de 116.069 personas privadas de la libertad, la capacidad para los centros de reclusión es de 78.955, las cifras de hacinamiento son de un 47.01 % para los 135 establecimientos de reclusión en Colombia. Dentro de las enfermedades más prevalentes encontradas para el año 2016 según el último informe de vigilancia epidemiológica en el INPEC, en los centros penitenciarios se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles y el VIH, evidenciando la mayor prevalencia en la hipertensión arterial, enfermedad mental y diabetes.³

La población en privación de libertad en Colombia está sujeta a diversas amenazas descritas en las investigaciones realizadas, a lo cual algunas de las amenazas exponenciales, se describen en riesgo biológico por las condiciones higiénicas y sanitarias con pobre regulación y mantenimiento produciendo infección por agentes bacterianos y por vectores. Los riesgos químicos a su vez influyen directamente en la salud de esta población a lo cual diversas sustancias químicas encontradas en el aire, agua, medicamentos, desechos, vacunas y demás resultan ser un exponencial riesgo para el desarrollo de enfermedades transmisibles e infecciosas.⁴

A su vez otro problema importante que pone en mayor vulnerabilidad a esta población son las enfermedades mentales, a lo cual para el 2015 de 121,421 personas, 2,340 internos fueron diagnosticados con problemas de salud mental, expresados en farmacodependencia, esquizofrenia, ansiedad, depresión etc.⁵

Según un estudio realizado en el 2016 en la cárcel de Villahermosa en Cali, Colombia, se realiza una entrevista a 112 reclusos para evaluar la vulnerabilidad en salud en relación al consumo de drogas, a lo cual se presentan los resultados de que la atención en salud, tanto en prevención como en atención, se consideró mala por el 45% de las opiniones, o regular por otro 45%; apenas el 10% mencionó que la oferta sanitaria le parecía apropiada. La totalidad de los entrevistados estuvo de acuerdo en implementar más acciones de prevención en salud, sea a la manera de charlas (88%), afiches (33%), talleres (57%), u otras formas de interacción, como el teatro o la música (47%).⁶

Lo anterior hace necesario realizar estudios de investigación que analicen el desarrollo de la accesibilidad a los programas de promoción y prevención en los contextos penitenciarios, lo cual se enmarca dentro del cumplimiento al derecho fundamental a la salud de personas en privación de libertad, esto logrará reducir la vulnerabilidad y el riesgo y fomentará hacia el tratamiento penitenciario y la resocialización fortaleciendo la política penitenciaria.

3. Objetivos de investigación

3.1 Objetivo general

Analizar la accesibilidad a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en contextos penitenciarios en Colombia, en el desarrollo del sistema general de seguridad social en salud en Colombia a partir de una revisión documental de las fuentes de 1993 a 2017.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar una revisión documental de la información existente acerca de la accesibilidad a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco del sistema general de seguridad social en salud en Colombia relacionado en el contexto de 1993 a 2017.
- Evidenciar la disponibilidad de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el contexto penitenciario en Colombia desde 1993 a 2017.
- Analizar el marco normativo referente a la garantía al derecho fundamental de la salud en Colombia relacionada con el sistema de salud en el contexto penitenciario en Colombia desde 1993 a 2017.

4. Marco teórico

4.1 La condena y la privación de la libertad

Según los aportes de Michel Foucault en su obra vigilar y castigar, en el contexto histórico se enmarca el suplicio como formas generales de justicia penal, a lo cual en 1670 se concebían los diferentes tipos de castigos, torturas y condenas a muerte tras cometer un delito teniendo en cuenta su gravedad. regido por una ordenanza en la cual el estatuto de los condenados variaba: unos eran condenados a ser ahorcados, otros a que se le corte la lengua o la mano, expirar en la rueda tras ser descoyuntados, ser quemado vivo, o las faltas menores que llevaban a prisión por un tiempo determinado o abstención de ir a un lugar descrito, multas o confiscación de sus bienes.

El origen de la reclusión confiere introducir el concepto de la disciplina, a lo cual se procede a una clausura, lugar cerrado, confinado en el que las personas son encerradas allí, con un modelo de educación y trabajo al cual son sometidos mientras se logra someter a algún proceso judicial, esto como forma de castigo impuesto en Europa Occidental y en Norteamérica instaurado en el siglo XVIII.⁷

4.2 Los derechos de las personas privadas de la libertad

Los derechos humanos son fundamentales para la existencia humana, los derechos son protegidos por la ley y consagrados por las constituciones políticas de los países, estos no pueden ser negados ni retraídos por el hecho de que una persona haya cometido un delito o infringido la ley.

Los funcionarios de las prisiones tienen la responsabilidad de velar por la protección y cumplimiento de los derechos humanos, estos funcionarios muchas veces se enfrentan a situaciones de restricción de libertades, a su vez en muchos países son mal pagados y mal capacitados para ejercer su labor.

4.3 Derechos de las personas privadas de la libertad en materia de salud

Según las naciones unidas, todos los presos y los detenidos tienen derecho al más alto grado posible de salud física y mental. Los presos deben tener acceso gratuito a los servicios de salud disponibles en el país. Las decisiones acerca de la salud de un preso sólo deben ser tomadas por personal con calificaciones médicas y con criterios médicos.

El funcionario médico tiene la importante responsabilidad de velar por que se cumplan las debidas normas sanitarias. Para ello inspeccionará periódicamente las condiciones de los alimentos, el agua, la higiene, la limpieza, el saneamiento, la calefacción, el alumbrado, la ventilación, las ropas y las camas de los reclusos y las oportunidades de hacer ejercicio.

Todas las prisiones deben tener instalaciones sanitarias y personal médico adecuados para atender una gama de necesidades de salud, incluida la atención dental y psiquiátrica. Los reclusos enfermos que no puedan ser tratados en la prisión, como los que padecen enfermedades mentales, deben ser trasladados a un hospital civil o a un hospital penitenciario especializado.⁸

4.3.1 Contexto colombiano

En Colombia mediante el (Decreto 2160 de 1992): se define la creación del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - (INPEC)

Cuarto periodo: 1992 – 2011 La incidencia de la Constitución Política de 1991, en el Sistema Carcelario y Penitenciario de Colombia fue significativa, pues, generó la inquietud de modernizar la Dirección General de Prisiones, con el fin de descentralizar a través de la creación de un Instituto. Su efecto fue la expedición del Decreto 2160 de 1992 que fusionó la Dirección General de Prisiones del Ministerio de Justicia, el Fondo Rotatorio de la misma entidad y la Imprenta Nacional. De esta unión nació el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).⁹

El Estado quien debe garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en el entendido de que se trata de una población de especial sujeción, teniendo en cuenta que este se encuentra bajo la custodia de los agentes estatales de acuerdo con el pronunciamiento de la corte constitucional.

Mediante la (Ley 1709 de 2014), modifica 11 algunos artículos de la (ley 65 de 1993) en la cual fue expedido el Código Penitenciario y Carcelario en el cual respecto al tema de salud de los internos establece, que todas las personas privadas de la libertad tendrán acceso al servicio de salud, garantizando así la prevención, diagnóstico y tratamiento médicos sin necesidad de que lo ordene una estrado judicial, del mismo modo se garantiza una unidad de atención primaria y una unidad de atención de urgencias. (Ley 1709 de 2014, Art. 65).¹⁰

Mediante el (Decreto 2245 del 2015), el ejecutivo ordenó que la USPEC analice y actualice la situación de salud de la población privada de la libertad a partir de la información suministrada por los prestadores de los servicios de salud, con fin de determinar en qué situación se encuentra cada recluso. Esto se deberá hacer por conducto del Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario (SISIPEC).¹¹

4.4 Modelo de atención primaria en salud

4.4.1 Concepto de salud

Según la OMS la salud es considerada como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad o dolencia.¹²

Esta definición se enriqueció con lo propuesto en la Declaración de Alma-Ata, en 1978, en donde se reconoció la salud como “un derecho humano fundamental” que busca “el logro del grado más alto posible de salud”, cuya realización “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.”¹³

4.4.2 Los determinantes de la salud

Aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población.¹⁵

4.4.3 Promoción de la salud

Según la carta de Ottawa, la promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren, para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.

La Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud sigue sirviendo de orientación para la práctica mundial de la promoción de la salud y en ella se expone una estrategia con cinco acciones fundamentales: el establecimiento de una política pública favorable a la salud, la creación de entornos propicios, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.¹⁶

4.4.3.1 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el contexto colombiano

Según la ley estatutaria 1751 del 2015 el artículo 5°, las obligaciones del estado Colombiano, definen garantizar el ejercicio del goce efectivo del derecho fundamental a la salud cumpliendo con formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud , prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas mediante acciones colectivas e individuales.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos, que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo dominante en la situación de salud en las Américas, a lo cual no escapa Colombia.¹⁷

Dentro de su enfoque el plan decenal lidera unas dimensiones que abarca:

- La salud ambiental
- Derechos sexuales y sexualidad
- Convivencia social y salud mental
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Vida saludable y condiciones no transmisibles
- Vida saludable libre de enfermedades transmisibles
- Salud pública en emergencia y desastres
- Acciones transversales

4.4.3.2 Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en el contexto penitenciario

Según el manual de la USPEC, el responsable de sanidad del ERON a cargo del INPEC, deberá trabajar mancomunadamente con el coordinador de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) para que el funcionario del instituto sea quien solicite y gestione todas las citas, actividades, procedimientos e intervenciones requeridas para la población interna. En establecimientos que no cuenten con funcionarios del Instituto para dicha labor, el director del establecimiento deberá realizar las gestiones administrativas para el cumplimiento de lo mencionado.

Es responsabilidad del funcionario de sanidad del Instituto o quien haga sus veces, realizar el respectivo cronograma de atención mensual, dirigirse a los patios del establecimiento, en compañía de un Auxiliar de Enfermería de la UPA a fin de verificar qué internos requieren atención médica, odontológica o de urgencias. Así mismo solicitar el listado de los internos que requieren exámenes de laboratorio, Terapias Físicas, Terapias respiratorias, Nutrición, Promoción y Prevención y de las atenciones de medicina especializada al Coordinador de la UPA. Además, se incluirá en el listado los requerimientos por los diferentes Entes Judiciales y de Control y los provenientes de los exámenes de ingreso. ¹⁸

Los prestadores de servicios salud, en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC y la autoridad sanitaria del territorio, deberán garantizar la implementación de las intervenciones colectivas e individuales de alta externalidad en salud, que permitan atenuar los riesgos y proteger la salud de la población privada de la libertad.

El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC, conforme con lo dispuesto en el numeral 16 del artículo 2° del Decreto Ley 4151 de 2011, deberá implementar estrategias permanentes que mejoren las condiciones del hábitat, del saneamiento básico, de calidad del agua, del aire y control de las enfermedades endemo-epidémicas, con el fin de proteger y mantener la salud de la población privada de la libertad.¹⁹

4.5 La accesibilidad un reto para la salud

Según Donabedian la accesibilidad es una característica de los recursos de atención a la salud, constituye un factor mediador entre la capacidad de reproducir servicios y la producción o el consumo reales de dichos servicios. Como bien lo define Donabedian "Se considera la 'accesibilidad' como algo adicional a la mera presencia o 'disponibilidad' del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales".²⁰

Dada la necesidad y el deseo de atención médica, el análisis se centra entonces en los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de la misma. Una ampliación sencilla de este enfoque es incluir, en el dominio de la accesibilidad, no sólo el contacto inicial con el sistema de atención médica, sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio.

Este enfoque ampliado abarca, bajo el rubro de 'accesibilidad', fenómenos tales como las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor o la incapacidad, los cuales determinan el deseo de atención. Bajo este enfoque, el estudio de la accesibilidad se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de servicios.²¹

5. Diseño metodológico de la investigación

5.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación revisión documental descriptiva de estudios a partir de 3 tipologías la información: artículos científicos y tesis, marco normativo en salud y finalmente de documentos de programas de entidades gubernamentales y no gubernamentales relacionados entre 1993 a 2017. La investigación fue realizada en 5 fases.

5.2 Método de investigación

Fase 1. Fase exploratoria: búsqueda inicial de artículos científicos y literatura para definir problema de investigación.

Fase 2. Fase de búsqueda: definición de las fuentes y método de búsqueda, como lo son: Pub Med, Medline, Ebsco Host, LILACS, Scielo, Google Academic; datos brindados por el INPEC, bases de datos del Ministerio de Salud y Protección Social, datos recopilados en universidades de Colombia.

Fase 3. Definir descriptores de búsqueda, criterios de inclusión y exclusión

Fase 4. Definición de criterios de búsqueda y tipología de documentos:

- Revisión de artículos de revistas indexadas y tesis académicas, que muestren la evidencia sobre programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco Colombiano.
- Documentos del marco legal y normativo según las fuentes nacionales como lo son el Ministerio de salud y protección social.
- Información oficial de organismos no gubernamentales e intergubernamental que se han ocupado en el tema, Defensoría del pueblo, INPEC y demás.

Fase 5. Análisis de la información recopilada, sistematización ejecutando un resumen de los datos encontrados, realizando la descripción de la temática y llevando a cabo una, discusión, conclusión respectiva y recomendación.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

| Criterios | Inclusión | Exclusión |
|----------------------------|--|--|
| Periodo de tiempo | 1993-2017 | Antes de 1993 |
| Idioma | Español | Inglés – francés |
| País | Colombia | Demás países |
| Tipo de información | Artículos, tesis, leyes, informes, noticias | Libros |
| Tipo de muestra | Población masculina y femenina adulta contextos intramurales, penitenciarios | Niños, adolescentes, detención domiciliaria. |

Tabla 2: Descriptores de búsqueda

| Categoría de análisis | Palabras claves |
|---|---|
| Disponibilidad de programas de promoción y prevención en cárceles | Salud y Cárcel Colombia Salud y cárcel |
| Accesibilidad programas de promoción y prevención en cárceles | Promoción y salud y cárcel Prevención enfermedad y cárcel |
| Derecho a la salud en contextos penitenciarios | Accesibilidad, salud, cárcel Derecho a la salud Derecho a la salud Colombia |

5.3 Consideraciones éticas

Este estudio cumple con los principios éticos de investigación reglamentados nacionalmente (resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud) e internacionalmente con la Declaración de Helsinki en 1964, revisada en Tokio en 1975, Venecia 1983, HongKong 1989 y otras revisiones en la 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, en Octubre 1996; y en la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, en Octubre del año 2000. De acuerdo al Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993, es una investigación con riesgo menor que el mínimo.

De cualquier manera, los resultados de la investigación no podrán ser utilizados para la discriminación, señalamiento o menoscabo de los pacientes o de los investigadores.

El informe final del estudio incluirá una discusión en la que se hará alusión a los principales aportes que la investigación produzca para el conocimiento local del tema, y de acuerdo con los resultados obtenidos, se propondrán los ajustes necesarios para mejorar el diagnóstico, profilaxis y manejo de la enfermedad en el medio.

La publicación y difusión de resultados se atenderá estrictamente a los hallazgos encontrados.

Todo el personal que participa en el desarrollo de la investigación es de reconocida idoneidad y honestidad, incluyendo todos los involucrados desde la planeación del proyecto hasta la ejecución del mismo.

No se expondrá a los pacientes ni a los investigadores a situaciones que atenten contra su honor, su intimidad, su integridad o sus valores.

6. Resultados

Esta investigación se realiza en 5 fases, su primera fase es la búsqueda inicial de artículos, a lo cual se construye una matriz de búsqueda, referenciando las bases de datos, autor, año, nombre de artículo y contenido de artículo, luego de esto se realiza una selección de artículos teniendo como base 3 tipologías de análisis, artículos y tesis sobre el tema, marco legal colombiano e información de entidades gubernamentales y no gubernamentales, se aplican criterios de inclusión y exclusión y se realiza la búsqueda con base a los descriptores enunciados anteriormente, se clasifican los estudios encontrados con relación a unas categorías de estudio.

Tabla 3. Número de artículos identificados según bases de datos revisadas

| Revisión documental | Número de artículos identificados |
|---|-----------------------------------|
| Google académico | 26 |
| Medline | 7 |
| Scielo | 7 |
| Dialnet | 2 |
| Repositorio UNAL | 1 |
| ILIACS | 5 |
| Ministerio de salud y protección social | 2 |
| Congreso de la república | 6 |
| Ministerio del interior y de justicia | 2 |
| Corte constitucional | 1 |
| Ministerio de justicia y del derecho | 2 |
| Comité internacional de la cruz roja | 4 |
| Defensoria del pueblo | 2 |
| INPEC | 3 |
| TOTAL DE ARTICULOS | 70 |

En total se realiza selección de 67 artículos teniendo en cuenta la aplicabilidad de criterios de inclusión y exclusión, se construyen 3 flujogramas que describen la búsqueda de artículos (figura 2,3,4).

Flujogramas de análisis de artículos

Figura 1-1: Tipología 1. Artículos revistas indexadas y tesis.

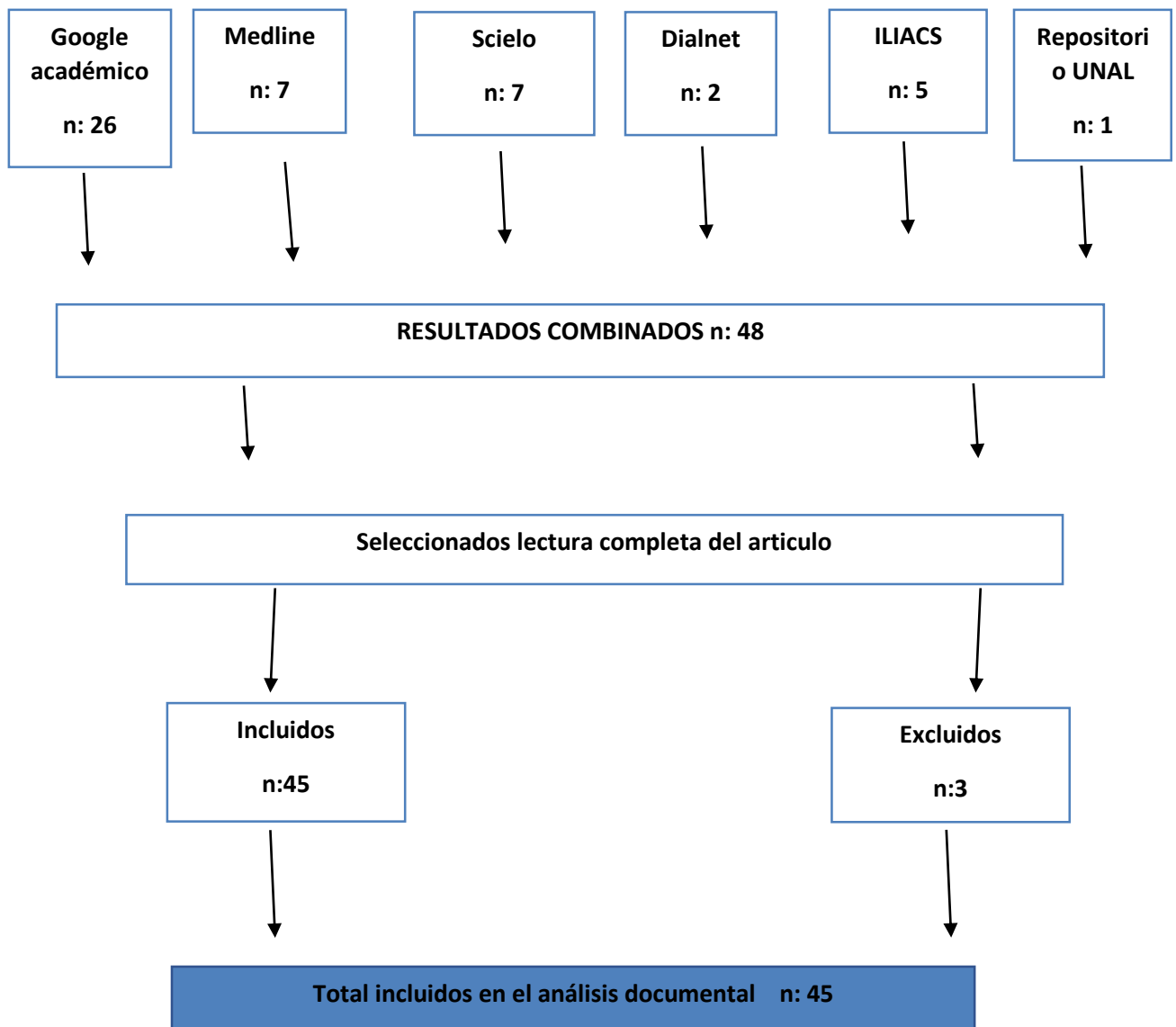


Figura 2-1: Tipología 2. Marco normativo colombiano

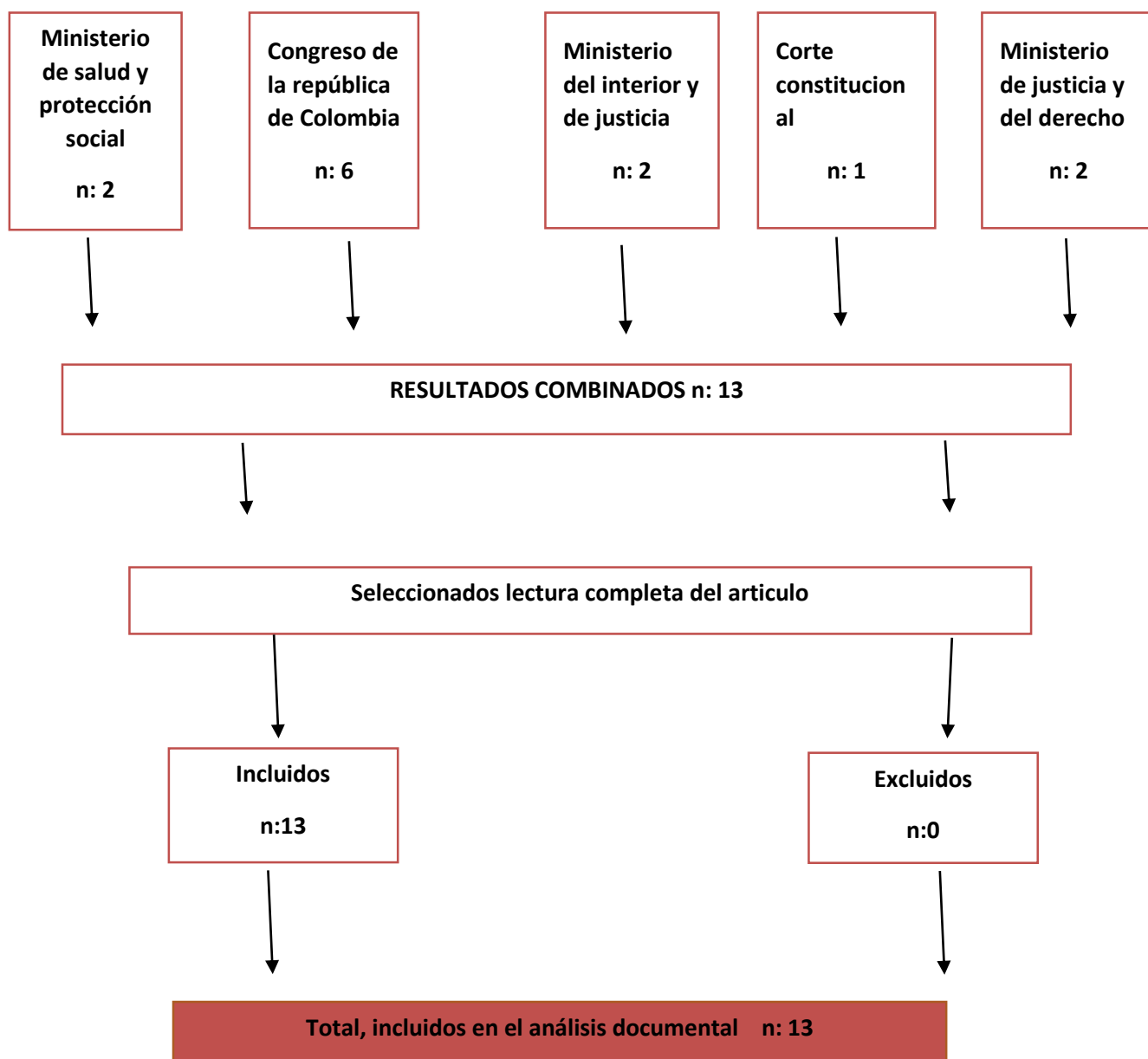
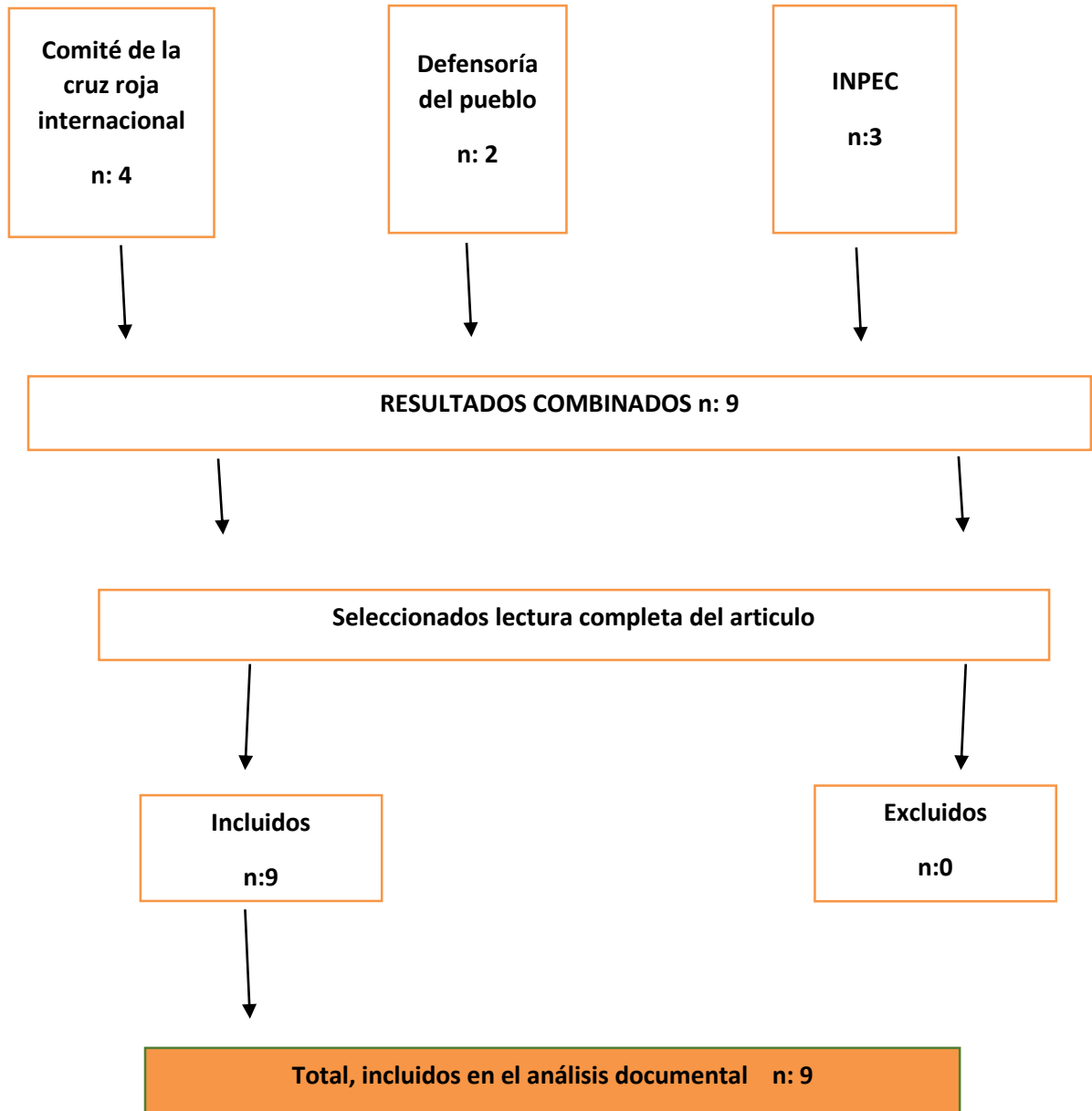


Figura 3-1: Tipología 3. Entidades gubernamentales y no gubernamentales



Para exponer los resultados se definen 3 categorías de análisis documental a lo cual se describe en primera medida la evaluación de la disponibilidad de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la accesibilidad a los programas y el contexto de garantía al derecho a la salud en los contextos penitenciarios.

Tabla 4-1: Análisis de matriz documental

| Categoría de análisis | Resultados |
|--|---|
| Disponibilidad de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia según la literatura encontrada que los potenciales factores de riesgo se presentan en hacinamiento, problemas alimenticios, enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas transmisibles, problemas de salud mental. - los programas disponibles se presentan mediante la atención intramural con campañas de promoción de la salud y la atención primaria con prevención de la enfermedad en los diferente ERON a cargo del INPEC - los programas más aplicados en los ERON son programas de salud mental, salud bucal, prevención del VIH, campañas de seguridad alimentaria, programas de actividad física y programas de hipertensión y diabetes. - Entidades gubernamentales y no gubernamentales realizan brigadas de atención en salud y promoción de la salud en los ERON siendo el CICR la entidad con mayor participación. |
| Accesibilidad a de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> - El INPEC está cargo del aseguramiento en salud de la población privada de la libertad. - Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad estarán disponibles en los contextos intramurales y extramurales independientemente del aseguramiento de las personas en salud. - Los determinantes sociales de la salud no son abordados por los estudios revisados lo cual constituye una barrera directa a la salud. - El hacinamiento constituye el principal problema para el desarrollo de la política penitenciaria en salud para la población reclusa en Colombia. |
| Derecho a la salud en el contexto penitenciario | <ul style="list-style-type: none"> - El marco colombiano normativo demuestra las diversas normas y leyes que se implementaron abarcando el contexto de la salud y aplicándolo al contexto penitenciario. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - la política penitenciaria involucra que se deberá prestar la atención en salud desde el enfoque basado en el sistema general de seguridad social en salud, y sus directrices frente a la salud pública. - El aseguramiento de las personas está a cargo del INPEC y la financiación a cargo de la USPEC, independientemente del régimen al cual pertenezca cada individuo. - Se deberán prestar las condiciones de infraestructura, alimentación y condiciones de habitabilidad necesarias para las personas en condición de privación de libertad. |
|--|---|

6.1 Sobre la disponibilidad de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en contextos penitenciarios en Colombia:

El contexto penitenciario Colombiano está trazado por diversos actores que participan conjuntamente en la elaboración de normas y procedimientos en busca de favorecer la protección del derecho a la salud, se encuentran diversos actores involucrados a lo cual las entidades intramurales, extramurales, entidades territoriales, instituto nacional de salud, ministerio de salud y protección social , INPEC, USPEC, SIVIGILA y demás entes, quienes tienen la responsabilidad de vigilar y controlar los eventos de interés en salud y crear las directrices para el tratamiento de las personas en privación de la libertad.²²

Algunas de las responsabilidades de estos actores son las de realizar acciones individuales y colectivas, dentro de lo cual se encuentran la detección temprana de enfermedades, la investigación epidemiológica, las acciones enfocadas a los factores de riesgo, acciones para disminuir la vulnerabilidad.²² Se formula que los centros penitenciarios cumplan con características de habitabilidad, oportunidades laborales, alimentación adecuada, recreación y deporte, la educación y la rehabilitación social lo cual son determinantes sociales de la salud para garantizar su derecho fundamental.²³

Las enfermedades de interés en salud pública con mayor prevalencia en contextos penitenciarios en Colombia, se evidencian en enfermedades infectocontagiosas como lo son la tuberculosis, varicela, dengue, leptospirosis y en su mayor porcentaje el VIH.²⁴ estas enfermedades son algunas de las principales causas de morbilidad atendida y mortalidad, a estas enfermedades se les atribuyen causas como el hacinamiento, pobres condiciones de vida que llevan a vulnerabilidad y factores de riesgo que promueven a mayor uso de los servicios médicos.²⁵

Otro apartado importante de análisis de morbilidad y mortalidad son las enfermedades crónicas no transmisibles, a lo cual algunos factores como los son la privación de la libertad, el hacinamiento, dietas alimenticias regulares no balanceadas y el sedentarismo, provocan la aparición de hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y demás enfermedades cardiovasculares, que en su mayor prevalencia son causa de discapacidad y muerte en esta población colombiana.²⁶

La salud mental también abarca un amplio campo de acción e intervención por parte del estado colombiano, se asocia que esta población presenta altos índices de enfermedades psiquiátricas, las cuales los llevaron a cometer crímenes o bien tras el encarcelamiento presentaron alguna enfermedad mental; este tipo de trastornos son adquiridos tanto en la población masculina como en la femenina, pero según los porcentajes poblacionales la atención poco reconoce la perspectiva de género a lo cual los programas de salud mental no cubren mayoritariamente la población femenina.²⁷

Estudios realizados demuestran altas tasas de intentos suicidas ocasionados por consumo de sustancias psicoactivas, depresión, trastornos mentales y psiquiátricos, con mayor porcentaje en hombres que en mujeres reclusas a lo largo del estado colombiano; la salud mental de las poblaciones traza una meta importante para la salud pública.²⁸

Con respecto a lo anterior, frente al problemática se plantean de forma rigurosa, medidas necesarias para el control y la intervención de los eventos en salud que impacten en la calidad de vida y en la resocialización de las personas privadas de la libertad, con esto se señalan algunas intervenciones dentro del enfoque de promoción de la salud, direccionados a la modificación de los determinantes sociales, hábitos de vida y conductas positivas que reduzcan la exposición a factores de riesgo, por otro lado el enfoque preventivo direccionado a las acciones individuales y colectivas de detección temprana y atención de las enfermedades evitando sus complicaciones.²⁹

Este tipo de acciones se ejecutan de forma intersectorial con las responsabilidades de diversos actores junto a las normas establecidas, con ello se expone el desarrollo intramural de las actividades realizadas por el INPEC, quien es la entidad primaria responsable por velar por la protección de la población, con esto el INPEC desarrolla actividades como campañas y programas que incluyen acciones colectivas e individuales, en estas se encuentran *“la promoción de la salud mental a través del buen trato”, “salas amigas de la familia lactante”, “preparación para la libertad”, “certificación en manipulación de alimentos” “certificación de aprendices en convenio inpec-sena en epmsc la plata huila”, “vive tu salud y disfruta de tu sexualidad”*.^{30 31}

Otro organismo encargado de la seguridad y salud de los reclusos son algunas entidades no gubernamentales como las ONG, quienes desarrollan brigadas de salud a poblaciones con riesgo, el comité de la cruz roja internacional presenta programas como *“el plan piloto de salud comunitaria en la cárcel distrital de Pereira”*, el cual busca mejorar las condiciones de vida de la población carcelaria, a través de un modelo de intervención que parte del estudio del perfil epidemiológico de los internos. El plan está compuesto por 7 subprogramas: atención primaria de salud, saneamiento ambiental, comportamiento organizacional, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud ocupacional y educación. El éxito logrado en el desarrollo de este programa piloto permitió institucionalizar a nivel nacional, *“programa de prevención y formación en infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA”*, *“programa de prevención y detección precoz de cáncer de seno en cárceles de mujeres”*.³²

Algunos estudios demuestran un aporte importante vinculando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, referente a programas de promoción de la salud bucal, la importancia del ejercicio físico para el manejo de la ansiedad y las medidas del autocuidado expuesto en la percepción de la salud, la higiene, la sexualidad y demás componentes en los contextos intramurales.^{33 34 35}

6.2 Sobre la accesibilidad a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en contextos penitenciarios en Colombia:

Si bien en Colombia la garantía al derecho a la salud se enmarca como derecho fundamental según la ley estatutaria (1751 de 2015), el contexto penitenciario abarca grandes retos para el sistema ya que este tipo de población presenta exposición a factores de riesgo y enfermedades que padecen gran número de personas, las condiciones de vida no son propicias para el desarrollo social ni para la resocialización.

Diversos estudios exponen que en Colombia las cárceles presentan problemáticas como el índice de hacinamiento en un 71.1%, lo que hace que se propaguen enfermedades infectocontagiosas, la infraestructura no cumple con características de habitabilidad dadas por celdas con pobre ventilación y poco espacio, condiciones de salud con precariedad asociado a un insuficiente sistema de salud intramural y los amplios procesos administrativos para acceder a la atención médica.³⁶

Frente a la atención médica se presenta según la normativa, que la responsabilidad de los actores en el sector intramural y extramural deberá proveer los servicios médicos de

atención primaria, atención por medicina general, odontología, acceso a citas médicas especializadas, acceso a tecnologías en salud y medicamento y demás.³⁷

Los centros sanitarios en los establecimientos penitenciarios no cuentan con condiciones de calidad, los insumos médicos son deficientes, el acceso a citas médicas especializadas es limitado y la atención médica no cubre las necesidades de la gran mayoría de las personas en condición de reclusión, siendo el panorama de la enfermedad y discapacidad un problema de interés para la política penitenciaria.³⁸

6.3 Sobre el derecho a la salud en el contexto penitenciario Colombiano

Colombia enmarca dentro de sus reformas al sistema de salud, la garantía al derecho a la salud siendo un derecho fundamental el cual deberá prestarse sin distinción alguna y con mayor importancia a aquellas poblaciones con vulnerabilidad (ley 1751 de 2015)³⁹, en el contexto penitenciario se expide el código penitenciario (ley 65 de 1993), el cual describe que se deberá dar cumplimiento a los derechos humanos y la dignidad de las personas privadas de la libertad.⁴⁰

La sentencia (T 760 de 2008) define el derecho a la salud en el contexto colombiano a lo cual el estado deberá garantizar la salud de las personas privadas de la libertad.⁴¹ El (decreto 2245 de 2015) describe que la prestación de los servicios de salud está a cargo del INPEC en su modalidad intramural y extramural promoviendo actividades como la gestión del riesgo en salud, la promoción de la salud, el tratamiento y rehabilitación de las personas y las intervenciones en salud pública, las redes externas brindan intervenciones de mediana y alta complejidad.⁴²

En lo que concierne a la atención primaria el (Decreto 3518 de 2006) el sistema de vigilancia en salud pública tiene gran responsabilidad frente a la detección de las enfermedades y la notificación de las mismas, la inspección, vigilancia y control de eventos de interés en salud pública, con la colaboración de las entidades territoriales y la autoridad sanitaria pertinente.⁴³

El plan de intervenciones colectivas (decreto 5159 de 2015)⁴⁴, involucra las participaciones de diversos actores principalmente de la USPEC, quien está a cargo del aseguramiento, relacionado con garantizar las condiciones adecuadas de salud en la población privada de la libertad, frente a vivienda, alimentación, recreación, deporte, cultura, trabajo, control de enfermedades y tratamiento.

7. Discusión

El propósito de los estados sociales de derecho, siempre va direccionado a presentar el cumplimiento en la garantía de los derechos de sus individuos a lo largo del territorio, la mayor prioridad para el estado Colombiano son las poblaciones en riesgo y vulnerabilidad cómo se enmarca en los principios de equidad y universalidad, esto se refiere a que en Colombia las poblaciones privadas de la libertad quienes se encuentran en condición de encarcelamiento, son una población con alto índice de vulnerabilidad y a quienes se les debe prestar gran atención.

El objetivo de las políticas penitenciarias según los lineamientos establecidos, los cuales van trazados frente a la resocialización de los individuos, si en las cárceles no se están brindando las condiciones necesarias para el tratamiento y rehabilitación penitenciaria, ¿cuál es el objetivo de la privación de la libertad?, este punto de crítica se traduce en la necesidad de analizar la salud como un contexto social y de desarrollo, si en las cárceles se prestan servicios de salud óptimos y contextos propicios para la habitabilidad lograremos el objetivo de formar y cambiar las conductas negativas.

Según la revisión encontrada frente a los programas, es evidente la magnitud de la problemática asociado a la baja producción de estudios que aborden esta temática, asociado a que enfrentarse a este tipo de población resulta ser impactante relacionado con las diversas formas de vulneración a sus derechos humanos.

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad disponibles en la actualidad según la normatividad y las entidades que prestan este tipo de atención no son suficientes para impactar de forma positiva hacia el cambio en un sistema de salud penitenciario que promueva por la calidad de vida de las personas.

Es importante tener un enfoque de género cuando se habla de la salud penitenciaria ya que según los estudios encontrados no se presume la diversidad de género y esto dificulta el análisis de la situación de salud de los establecimientos, caracterizar y definir la salud en diversos contextos promueve a que se elaboren estrategias y herramientas para intervenir a las poblaciones, por lo cual no se deben generalizar los programas.

El abordaje según la definición de salud en los contextos penitenciarios continúa siendo una disrupción, presumida en que no se aborda el término de determinantes sociales de la salud, continúa existiendo la premisa de que la salud es la ausencia de la enfermedad y solo se debe intervenir el individuo que presenta algún proceso patológico.

8. Conclusiones

Se logra un acercamiento con la problemática planteada, identificando las diversas condiciones normativas, interventivas y de gestión frente a el contexto expuesto, a lo cual la información encontrada es de gran valor para exponer las dificultades que atraviesa la población carcelaria.

La información encontrada no es suficiente ya que no se encuentran muchos estudios disponibles que permitan dar un mayor esquema del panorama que se está tratando, pero aun así este estudio permite contextualizar al lector frente a las dimensiones que aborda el concepto de salud y como desde la normatividad y las garantías al derecho a la salud se interviene la población reclusa en Colombia.

En relación a la temática abordada, los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los contextos penitenciarios no logran un impacto completo en la salud de la población, las dimensiones que abordan estos programas constituyen un paradigma centrado en la enfermedad mas no en la calidad de vida.

Los contextos penitenciarios en Colombia son entes productores de enfermedad, logran implementar algunas acciones en salud como lo son las campañas sociales, las capacitaciones, la vinculación laboral y deportiva, pero no logran modificar directamente la exposición a los factores de riesgo.

Por último, este estudio concluye que en Colombia se debe dar una reforma a la política penitenciaria dando prioridad al concepto de salud no como tratamiento de enfermedades si no como en el mejoramiento de las condiciones de vida de este tipo de poblaciones, esto favorece a mejorar la rehabilitación y tratamiento penitenciario, reduciendo las inequidades que esta población presenta.

9. Recomendaciones

Se es necesario elaborar líneas de estudio e investigación sobre esta problemática, creando grupos de apoyo que lideren el análisis de los diversos eventos en salud de este tipo de población, con el fin de obtener mayor evidencia que promueva por crear políticas y cambios que impacten mayoritariamente en la resolución de este tipo de conflictos sociales.

Generar estudios que analicen la garantía al derecho a la salud en los contextos penitenciarios en Colombia, esto propenderá por evaluar la vulnerabilidad de esta población y generar más programas y más redes de apoyo.

En Colombia las entidades gubernamentales deberán aplicar la política penitenciaria reformada, dando prioridad al tema de la salud como primordial eje de estudio, ya que el principal objetivo de esta política es la resocialización y tratamiento de las personas en privación de la libertad, esto contribuirá a que las personas en reclusión logren mejorar su calidad de vida y se logren incorporar a la sociedad.

Para futuros estudios realizar un comparativo entre el contexto Colombiano y la aplicabilidad de los programas de promoción y prevención en otros contextos a nivel mundial con la finalidad de evaluar la modificación o reforma al sistema penitenciario y cómo generar cambios al sistema de salud penitenciario.

ANEXO A

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Sistema Nacional Penitenciario: El Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario está integrado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, como establecimiento público adscrito al "Ministerio de Justicia y del Derecho" con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa; por todos los centros de reclusión que funcionan en el país, por la Escuela Penitenciaria Nacional y por los demás organismos adscritos o vinculados al cumplimiento de sus fines. (INPEC 1993 – ley 65 de 1993)

Clasificación de los establecimientos: Los establecimientos de reclusión pueden ser cárceles, penitenciarías, cárceles y penitenciarías especiales, reclusiones de mujeres, cárceles para miembros de la Fuerza Pública, colonias, establecimientos de rehabilitación y demás centros de reclusión que se creen en el sistema penitenciario y carcelario. (INPEC código penitenciario y carcelario artículo 20)

Cárceles: Son cárceles los establecimientos de detención preventiva, previstos exclusivamente para retención y vigilancia de sindicados. (INPEC código penitenciario y carcelario artículo 21)

Penitenciarías: Las penitenciarías son establecimientos destinados a la reclusión de condenados y en las cuales se ejecuta la pena de prisión, mediante un sistema gradual y progresivo para el tratamiento de los internos. (INPEC código penitenciario y carcelario artículo 22)

Establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos: Los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos son los destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial. (INPEC código penitenciario y carcelario artículo 24)

Cárceles y Penitenciarías de Alta Seguridad: Son cárceles y penitenciarías de alta seguridad, los establecimientos señalados para los sindicados y condenados, cuya detención y tratamiento requieran mayor seguridad, sin perjuicio de la finalidad resocializadora de la pena. (INPEC código penitenciario y carcelario artículo 25)

Reclusiones de Mujeres: Son reclusiones de mujeres los establecimientos destinados para detención y descuento de la pena impuesta a mujeres infractoras. (INPEC código penitenciario y carcelario artículo 26)

Atención Primaria en Salud: es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la detección temprana de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema Penitenciario en Colombia, Se rige por los principios de universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad (Ley 1438 de 2011).

Sanidad: lugar donde se presta el servicio de atención en salud.

Atención en Salud de la PPL: Se define como el conjunto de servicios de salud que se prestan al usuario en el marco de los procesos establecidos en el presente manual, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a la PPL. (resolución 3595 de 2016 Ministerio de salud y protección social)

Red de Prestación de Servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud y/o profesionales contratados, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia que busca garantizar la calidad de la atención en salud intramural y extramural, ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos. (resolución 5159 de 2015 Ministerio de Salud y Protección Social)

ANEXO B

Marco legal y normativo

| Norma | Descripción de la norma |
|---------------------------|--|
| Ley 100 /1993 | Por lo cual se crea el sistema general de seguridad social en salud, que tiene como objetivo, aumentar la cobertura, con el fin de que el servicio médico sea de mejor calidad y se preste a toda la población colombiana. Se crean los regímenes subsidiado y contributivo. |
| ley 65/ 1993 | Que es el actual Código Penitenciario y Carcelario en el cual se estable el respeto a la dignidad humana de esta manera; artículo 5 “En los establecimientos de reclusión prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos universalmente reconocidos. Se prohíbe toda forma de violencia síquica, física o moral |
| (Decreto 3518/2006 | Sistema de Vigilancia en Salud Pública: Sivigila Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública. |
| Ley 1122 de 2007 | Por el cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social y se establecen otras disposiciones. La población interna del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud |

| | |
|--|---|
| <p>Ley 1438 de 2011</p> | <p>Esta ley tiene por objeto otro fortalecimiento más al Sistema de Salud, por ejemplo, en su artículo 3 modifica al artículo 153 de la ley 100, donde se suprimen 3 de los 9 principios que anteriormente tenían (protección integral, autonomía de las instituciones y concentración).</p> <p>Se basa en la Atención Primaria en Salud (APS), a través de la cual se identifican las necesidades de la población, se promueve la participación social y se desarrolla gestión social integral</p> |
| <p>Sentencia T - 760 de 2008 expedida por la Corte Constitucional</p> | <p>El estado debe garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en el entendido de que se trata de una población de especial sujeción, teniendo en cuenta que este se encuentra bajo la custodia de los agentes estatales.</p> |
| <p>Decreto 1141 de 2009</p> | <p>Se ordenó la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado de la población interna, en la cual corresponde al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) velar por la afiliación de todas las personas que se encuentran privadas de la libertad, ahora bien, en cumplimiento a lo ordenado por el anterior decreto, el INPEC suscribió con CAPRECOM el Contrato de Aseguramiento.</p> |
| <p>Ley 1709 de 2014</p> | <p>Todas las personas privadas de la libertad tendrán acceso al servicio de salud, garantizando así la prevención, diagnóstico y tratamiento médicos sin necesidad de que lo ordene un estado judicial, del mismo modo se garantiza una unidad de atención primaria y una unidad de atención de urgencias</p> |
| <p>Decreto 2245 de 2015</p> | <p>En lo que refiere a la prestación de servicios en las modalidades intramural y extramural simulando la cobertura a cargo del INPEC, despegándose del SGSSS.</p> |
| <p>Resolución 5159 de 2015</p> | <p>Modelo de Atención en Salud para la PPL incluye todas las fases de la prestación de servicios de salud: 1. Prestación de Servicios de Salud; 2 Red Prestadora de Servicios de Salud; 3. Condiciones de Calidad; 4. Sistema de Referencia y Contra referencia; 5. Salud Pública; 6. Seguimiento y Evaluación del Modelo.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Resolución 5159 de 2015</p> | <p>Plan de salud pública de intervenciones colectivas</p> <p>Plan complementario al plan obligatorio de salud y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de intervenciones colectivas en individuales.</p> |
| <p>Ley 1751 de 2015</p> | <p>"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" artículo 2, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud</p> |
| <p>Ley 1753 de 2015 (PND, 2014-2018)</p> | <p>Plantea dentro de sus objetivos, reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población.</p> <p>Resolución 429 del 2016</p> <p>PAIS:</p> <p>Está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.</p> <p>La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.</p> <p>MIAS:</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización</p> <p>RIAS:</p> <p>son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial,, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación</p> |
| <p>Decreto 1142 de 2016</p> | <p>Permite la conservación de la afiliación del interno con su grupo familiar, al Régimen Contributivo de salud o al régimen especial o de excepción.</p> <p>Aseguramiento de población domiciliaria a través de régimen subsidiado o contributivo según capacidad de pago; y regímenes especiales y de excepción si cumplen las condiciones.</p> |
| <p>Movimiento nacional carcelario Colombia</p> | <p>Instalación de una Mesa Nacional de Concertación como espacio de diálogo del MOVIMIENTO NACIONAL CARCELARIO, la sociedad y el gobierno para tratar soluciones estructurales de fondo a la grave problemática penitenciaria y carcelaria, así como judicial de todos los presos de Colombia.</p> |

ANEXO C. MATRIZ DE SELECCIÓN DE ARTICULOS DE TIPOLOGIA 1 ARTICULOS CIENTIFICOS Y TESIS.

| DIMENSIONES REVISADAS EN LOS ARTICULOS | ARTICULO Y AUTORES | PALABRAS CLAVE |
|---|--|---|
| DISPONIBILIDAD PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN | Ingrid Johanna;Ortiz Ledesma. Manejo de brotes en población privada de la libertad;2016 | SALUD CARCEL COLOMBIA, PROMOCION SALUD CARCEL, PREVENCIÓN ENFERMEDAD CARCEL. |
| | Instituto nacional de salud ; Guia para vigilancia y control de eventos de interés en salud publica en establecimientos penitenciarios y carcelarios;2011 | |
| | Deny Elena Sanchez ; Situación de salud en un centro penitenciario de medellin, Colombia 2013, 2014 | |
| | Departamento nacional de planeación ; Política penitenciaria y carcelaria en Colombia;2015. | |
| | Leonard Stiven Arteaga Herrera; Prestación del servicio de salud a la población penitenciaria en Colombia; 2015. | |
| | Omar Alejandro Bravo; Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa; 2016. | |
| | B Merino Merino; Las prisiones: una nueva oportunidad para la salud; 2005 | |
| | Organización Panamericana de la Salud; Programa de capacitación en prevención de la salud. | |
| | Sergio Andrés Ochoa-Orozco; et all; Riesgo cardiovascular y de diabetes en población carcelaria de Pereira, Colombia, 2010 | |
| | Soto Velez, Cecilia; Zuluaga Posada, Luz; Ceballos de O., Maria Elena.; Encuesta de morbilidad reclusion y carcel de mujeres el Buen Pastor, Medellin 1979 | |

| | | |
|---|--|--|
| DERECHO A LA SALUD | | SALUD CARCEL COLOMBIA, PROMOCION SALUD CARCEL, PREVENICION ENFERMEDAD CARCEL. |
| | Castañeda Porras et all.; Hepatitis B en el establecimiento penitenciario de La Dorada, Caldas, Colombia, 2009 / Hepatitis B at La Dorada prision facility, Caldas, Colombia | |
| Bejarano-Roncancio et all.;Alimentación penitenciaria: entre higiene y derechos; 2015. | | |
| Edith T. Aristizábal1 , Ana Liliana Ríos García2 , Francisco José del Pozo Serrano3;Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016)* | | |
| Anderson Rocha Buelvas* Álvaro Alfonso Patiño** Mary Sol Narvaéz***Promoción de la salud bucal de las personas privadas de la libertad: una observación académica; 2010 | | |
| Claudia Patricia Jaramillo Ángel* María Victoria Benjumea Rincón**; Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de manizales | | |
| DISPONIBILIDAD, PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENICION | Carlos A. Trujillo-Salazar, Hernán D. Toro-Zapata y Aníbal Muñoz-Loaiza; Modelado matemático de una enfermedad infecciosa en un centro de reclusión y estrategias óptimas de control preventivo; 2013. | |
| DERECHO A LA SALUD | María teresa Engelberts, Sary arango gaviora ; Una visión general del primer plan piloto de salud comunitaria en la cárcel distrito judicial pereira 2001 – 2002. | |
| | Diego valencia ruiz ; Diagnóstico sanitario de la cárcel del distrito judicial de pereira. abril de 2002 | |
| | Luis Ernesto Pérez Barreraa *, María Carolina Cuesta Trujillo; Mejoramiento de las condiciones de seguridad alimentaria de las internas del reclusorio de mujeres en Manizales;2013. | |

| | |
|---|---|
| <p>Sandra Constanza Cañón Buitrago; et all.; Factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia), 2015: estudio de corte transversal</p> | <p>SALUD CARCEL COLOMBIA, PROMOCION SALUD CARCEL, PREVENCION ENFERMEDAD CARCEL.</p> |
| <p>Óscar Medina Pérez* Deisy Viviana Cardona Duque** Stephanie Catherine Arcila López* Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). 2011</p> | |
| <p>Benítez Castelblanco, A; Pérez Cárdenas, D P; Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de tunja.2004</p> | |
| <p>Meyer Eduardo Sierra Díaz* Lucia Carlota Rodríguez Barreto** Nubia Ibeth López Becerra*** Programa de actividad física sobre los niveles de ansiedad en adultos mayores privados de la libertad; 2012</p> | |
| <p>Bolaños Rodríguez, Karen Julieth Pérez Trujillo, Ana María Rodríguez Romero, Wendy Nathalia ; Fortalecimiento comunitario y animación sociocultural en establecimiento carcelario de Bogotá D.C.2016</p> | |
| <p>Ricardo Duarte Bajana" Nelly Caliz 2; Actividad física, recreación y deporte en la calidad de vida de un grupo de mujeres de la reclusión nacional de mujeres de bogota "el buen pastor"; 2005.</p> | |
| <p>Elsa Carolina Giraldo Orejuela1; Mendigando salud: problemática de atención en salud-personas privadas de la libertad.2016.</p> | |
| <p>leonel Dario Jara Huerfano; responsabilidad estatal por prestación de servicios de salud a personas privadas de la libertad;2016.</p> | <p>ACCESIBILIDAD SALUD CARCEL, ACCESO SALUD CARCEL COLOMBIA, DERECHO SALUD CARCEL.</p> |
| <p>Luis Alfonso Ospina Blandón; Fondo Nacional de Salud: un análisis sobre la vulneración al derecho fundamental a la salud de los reclusos de la cárcel Villahermosa de Cali; 2017</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| DERECHO A LA SALUD | Benavides M, Beitia P ;Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria; 2012 | ACCESIBILIDAD SALUD CARCEL, ACCESO SALUD CARCEL COLOMBIA, DERECHO SALUD CARCEL. |
| | Juan Carlos León; JiménezHenry Ruiz Torres; José Manuel Serrano Sierra; Drama humano en los centros penitenciarios y carcelarios de Colombia; 2013. | |
| | Martha Isabel Magaña González ; El derecho a la asistencia médica de las personas reclusas en la cárcel de Villavicencio Meta;2015 | |
| | Lorea Arenas García; Ana Isabel Cerezo Domínguez; Realidad penitenciaria en Colombia: la necesidad de una nueva política criminal;2016. | |
| | Claudia Patricia Jaramillo Ángel* María Victoria Benjumea Rincón; Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de Manizales;2007. | |
| Luz Mery Mejia; et all.; Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de las internas e hijos convivientes en el centro de reclusión para mujeres el buen pastor Medellín 2009. | | |
| ACCESIBILIDAD DE PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN | del Pozo Serrano, Francisco José; Martínez Idárraga, Jairo Alberto.Retos del tratamiento penitenciario en Colombia: enfoque y acción diferencial de género desde la perspectiva internacional;2015. | |
| Equipo de Justicia Criminal y Reforma Penitenciaria; Reforma penitenciaria y medidas alternativas al encarcelamiento en el contexto Latinoamericano;2013. | | |
| Josefina Quintero Lyons. Ilibeth Correa; Solano El derecho a la salud en la población carcelaria y penitenciaria en Colombia, en el marco del estado social de derecho.2008. | | |
| Victor Hugo Piñeros; Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional;2014. | | |

| |
|---|
| Sol leonor Mejía Pulgarín;Las barreras de acceso al derecho fundamental a la salud de la mujer embarazada reclusa en Colombia en perspectiva de derecho;2014. |
| Leonard Stiven Arteaga Herrera; Prestación del servicio de salud a la población penitenciaria en Colombia;2015. |
| Departamento nacional de planeación ;Política penitenciaria y carcelaria en Colombia; 2015. |
| Defensoria del pueblo ; Informe de atención en salud mental a población privada de la libertad;2015. |
| Ricardo Antonio Cita Triana y COLS ; Lineamientos para el fortalecimiento de la política penitenciaria en Colombia;2014. |
| Jeniffer Hernández P1; Luz Mery Mejía O2; Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa: un reto para la salud pública;2010. |

ANEXO D. MATRIZ DE SELECCIÓN DE ARTICULOS DE TIPOLOGIA 2 MARCO NORMATIVO.

| N° | NUMERO DE LEY | NOMBRE | AÑO | AUTOR | RESUMEN | CATEGORIA DE ANALISIS |
|----|---------------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|--|-----------------------|
| 1 | LEY 100 | Sistema de seguridad social integral | 1993 | Congreso de la republica Colombia | Por lo cual se crea el sistema general de seguridad social en salud, que tiene como objetivo, aumentar la cobertura, con el fin de que el servicio médico sea de mejor calidad y se preste a toda la población colombiana. Se crean los regímenes subsidiado y contributivo. | |
| 2 | LEY 65 | Código Penitenciario y Carcelario. | 1993 | Congreso de la republica Colombia | Que es el actual Código Penitenciario y Carcelario en el cual se establece el respeto a la dignidad humana de esta manera; artículo 5 “En los establecimientos de reclusión | |

| | | | | | | |
|----------|--------------|---|------|---|--|---|
| | | | | | prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos universalmente reconocidos. Se prohíbe toda forma de violencia síquica, física o moral | DISPONIBILIDAD, PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENICION |
| 3 | DECRETO 3518 | Sistema de Vigilancia en Salud Pública | 2006 | Ministerio de salud y protección social | <p>Sistema de Vigilancia en Salud Pública: Sivigila</p> <p>Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.</p> | |
| 4 | Ley 1122 | modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud | 2007 | Congreso de la republica Colombia | La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud. | |

| | | | | | |
|---|-------------------|--|------|---------------------------------------|---|
| 5 | Ley 1438 | reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud | 2011 | Congreso de la republica Colombia | tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad |
| 6 | Sentencia T - 760 | Derecho a la salud | 2008 | Corte constitucional | El estado debe garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en el entendido de que se trata de una población de especial sujeción, teniendo en cuenta que este se encuentra bajo la custodia de los agentes estatales. |
| 7 | Decreto 1141 | afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud | 2009 | Ministerio del interior y de justicia | Se ordenó la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado de la población interna, en la cual corresponde al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) velar por la afiliación de todas las personas que se encuentran privadas de la libertad, ahora bien, en cumplimiento a lo ordenado por el anterior decreto, el INPEC suscribió con CAPRECOM el Contrato de Aseguramiento. |

ACCESIBILIDAD DE PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

| | | | | | |
|-----------|-----------------|--|------|---|---|
| 8 | Ley 1709 | Trabajo y resocialización de los internos | 2014 | Ministerio del interior y de justicia | Todas las personas privadas de la libertad tendrán acceso al servicio de salud, garantizando así la prevención, diagnóstico y tratamiento médicos sin necesidad de que lo ordene un estado judicial, del mismo modo se garantiza una unidad de atención primaria y una unidad de atención de urgencias |
| 9 | Decreto 2245 | Prestación de servicios de salud a personas privadas de la libertad | 2015 | Ministerio de justicia y del derecho | En lo que refiere a la prestación de servicios en las modalidades intramural y extramural simulando la cobertura a cargo del INPEC, desligándose del SGSSS. |
| 10 | Resolución 5159 | Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad | 2015 | Ministerio de salud y protección social | Modelo de Atención en Salud para la PPL incluye todas las fases de la prestación de servicios de salud: 1. Prestación de Servicios de Salud; 2 Red Prestadora de Servicios de Salud; 3. Condiciones de Calidad; 4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia; 5. Salud Pública; 6. Seguimiento y Evaluación del Modelo. |
| 11 | Ley 1751 | Derecho fundamental a la salud | 2015 | Congreso de la republica Colombia | "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" artículo 2, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los |

ACCESIBILIDAD DE PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

| | | | | | |
|-----------|------------------------|--|------------|--------------------------------------|--|
| | | | | | servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud |
| 12 | Ley 1753 de 2015 (PND, | Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". | 2014-2018) | Congreso de la república Colombia | Plantea dentro de sus objetivos, reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población. |
| 13 | Decreto 1142 | Modificación del decreto 1069 de 2015 | 2016 | Ministerio de justicia y del derecho | Permite la conservación de la afiliación del interno con su grupo familiar, al Régimen Contributivo de salud o al régimen especial o de excepción. Aseguramiento de población domiciliaria a través de régimen subsidiado o contributivo según capacidad de pago; y regímenes especiales y de excepción si cumplen las condiciones. |

ANEXO E. MATRIZ DE SELECCIÓN DE ARTICULOS DE TIPOLOGIA 3 ENTIDADES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES.

| N° | NOMBRE | AÑO | AUTOR | RESUMEN | CATEGORIA DE ANALISIS |
|----|---|------|--|---|--|
| 1 | Segundo informe semestral de seguimiento a la sentencia t-762 del 2015 | 2017 | Defensoría del pueblo, procuraduría, presidencia de la republica | se trabajaron seis ejes temáticos son: a) Adecuación de la Política Criminal del Estado; b) Resocialización; c) Salud; d) Vida en reclusión y habitabilidad; e) Relación Nación-Territorio; g) Presupuesto y plazos de cumplimiento. | DISPONIBILIDAD, PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION |
| 2 | Promoción de la salud mental a través del buen trato y la sana convivencia | 2017 | INPEC | En el marco del desarrollo de la Política en Salud Mental vigencia 2017, los Establecimientos de Reclusión adscritos a la Regional Oriente, realizaron una jornada de implementación estratégica de promoción de hábitos para mantener buena salud mental y emocional. | |
| 3 | Informe de situación actual de la prestación de servicios de salud en los centros de reclusión del país | 2016 | Defensoría del pueblo | Presentar un informe detallado acerca de la crisis existente en la vulneración de los derechos de las personas privadas de la libertad en el contexto de la salud. | |
| 4 | Boletín n 006 | 2018 | INPEC | Bajo el lema “Vive tu salud, disfruta tu sexualidad”, se llevó a cabo la campaña de capacitación en educación y prevención de enfermedades en transmisión sexual en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Silvia, adscrito a la Regional Occidente del INPEC. | |
| 5 | Informe de gestión | 2017 | INPEC | El Informe de Gestión del Director General del Inpec, exalta la administración, resultados e impacto logrado por el recurso humano | |

| | | | | | | |
|---|--|------|------|---|---------------------------|---|
| | | | | frente a la misión y los compromisos adquiridos, además, muestra si por medio de la alta gerencia se satisface tanto la expectativa de la comunidad como los fines del Estado. | DERECHO A LA SALUD | |
| 6 | Crisis humanitaria en las cárceles de Colombia es insostenible | 2016 | CICR | La situación de las 120.000 personas que están detenidas en Colombia fue preocupante en 2015 y lo sigue siendo en 2016. Además del hacinamiento, hoy el deterioro en los servicios de salud amenaza con empeorar las condiciones en los centros de detención. | | |
| 7 | Programas de salud preventiva en centros carcelarios | 2002 | CICR | A Delegación del CICR en Colombia inició sus Programas de Salud Preventiva en Centros Carcelarios en el año 2000 que buscan ampliar la cobertura de la prevención y la asistencia médica entre la población carcelaria. | | |
| 8 | Agua saneamiento higiene y hábitat en las cárceles | 2013 | CICR | El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), basándose en los principios de su cometido humanitario, realiza visitas a lugares de detención en situaciones diversas para evaluar las condiciones de detención y el trato de los reclusos. Estas visitas, realizadas con el acuerdo y la cooperación de las autoridades, tienen por finalidad asegurar la dignidad y la integridad de los detenidos. De este modo, el CICR procura asegurar que los detenidos vivan en condiciones dignas y aceptables y reciban un trato humano. | | ACCESIBILIDAD DE PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION |
| 9 | Asistencia de salud en lugares de detención | 2016 | CICR | Esta guía está dirigida a los equipos que realizan las llamadas “actividades de detención” y a los profesionales de la salud | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | encargados de atender un brote de sarna o un grupo de casos en las cárceles. | |
|--|--|--|--|--|

Referencias bibliográficas

1. García-Guerrero, Marco. Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud, Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 106-113.
2. Elias Carranza, Situación penitenciaria en America Latina y el Caribe ¿Qué hacer?. Anuario de los derechos humanos. 2012
3. Ministerio de salud y Protección Social. Modelo de atención en salud para la población privada de la libertad a cargo del INPEC, afiliada al régimen contributivo. Dirección de regulación de la operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones. 2017.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios. 2011.
5. Defensoria del Pueblo. Informe atención en salud mental a población privada de la libertad. Colombia. 2015.
6. Bravo, O. A. Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 156-170; 2016.
7. Michel Foucault. Vigilar Y Castigar Nacimiento de la Prisión. 2002.
8. Naciones Unidas. Los derechos humanos y las prisiones. Manual de Capacitación en derechos humanos para funcionarios en prisiones, Nueva York y Ginebra. 2004.
9. Mercado C y Arango G. Cien años de construcción de un sistema carcelario y penitenciario en Colombia, Bogota 2014.
10. Arteaga L. Prestación de servicio de salud a población carcelaria en Colombia. Bogotá 2015.

11. Davila C. Ministerio de Salud Y Protección Social Boletín de Prensa No 321 del 2015.
12. Constitución de la organización Mundial de la Salud, aprobada en la conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.
13. Constitución de la organización Mundial de la Salud, aprobada en la conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.
14. Declaración de Alma-Ata Almaty (capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), del 6 al 12 de septiembre de 1978
15. Dahlgren G, Whitehead M (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3)
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 54ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A54/8 Punto 13.2 del orden del día provisional 30 de marzo de 2001.
17. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Marzo 15 de 2013
18. USPEC, Manual técnico administrativo para la prestación del servicio de la salud a la población privada de la libertad a cargo del INPEC, Colombia 2016.
19. República de Colombia, Ministerio de justicia y del derecho, decreto número 2245 de 2015 24 nov 2015.

-
20. Donabedian A: Aspccts of mcdical caro administration: Spec(f.ring rcquircmcnts [or health can'. Cambridge. Mass. Harvard University Press, 1973.
 21. Frenk J , el concepto y la medición de la accesibilidad septiembre - octubre de 1985
 22. Ortiz J. Manejo de brotes en población privada de la libertad;2016
 23. Departamento nacional de planeación. Política penitenciaria y carcelaria en Colombia; consejo nacional de política económica y social república de Colombia. 2015
 24. Instituto nacional de salud; Guía para vigilancia y control de eventos de interés en salud publica en establecimientos penitenciarios y carcelarios;2011
 25. Sánchez D; Situación de salud en un centro penitenciario de Medellín, Colombia 2013, 2014
 26. Ochoa-Orozco S; et all; Riesgo cardiovascular y de diabetes en población carcelaria de Pereira, Colombia, 2010
 27. Aristizábal E , Ríos A , Serrano; Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016)*
 28. Cañón S; et all.; Factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia), 2015
 29. Organización Panamericana de la Salud; Programa de capacitación en prevención de la salud.
 30. INPEC. Promoción de la salud mental a través del buen trato y la sana convivencia;2017
 31. INPEC . Boletín n 006, 2016,
 32. CIRC. Programas de salud preventiva en centros carcelarios; 2002

33 Roncancio b, et all.;Alimentación penitenciaria: entre higiene y derechos; 2015.

34. Buelvas A, Patiño A, Narvaéz M. Promoción de la salud bucal de las personas privadas de la libertad: una observación académica; 2010

35. Castelblanco A; Pérez D P; Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de tunja.2004

36. Magaña M ; El derecho a la asistencia médica de las personas reclusas en la cárcel de Villavicencio Meta;2015

37. Decreto 2245, Prestación de servicios de salud a personas privadas de la libertad, Ministerio de justicia y del derecho, 2015.

38. Leonel Dario Jara Huerfano; responsabilidad estatal por prestación de servicios de salud a personas privadas de la libertad;2016.

39. Colombia. Congreso de la republica. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Bogotá 2015

40. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 65 de 1993, agosto 20, por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario. Bogotá: el Congreso; 1993.

41. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T 760 de 2008, por la cual se regula el derecho a la salud. Bogotá 2008.

42. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 2245 de 2015. Relacionado con la prestación de servicios de salud a las personas privadas de la libertad. Bogotá 2015.

43. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Por el cual se reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública. Bogotá 2006.

44. Ministerio de Salud y Protección Social. resolución número, 5159 de 2015. Por medio de la cual se adopta 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. Bogota 2015.