

# Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública

## Accessibility to health services in the prison population in Colombia: a public health challenge

Jeniffer Hernández P<sup>1</sup>; Luz Mery Mejía O<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Estudiante de administración en salud con énfasis en gestión de servicios de salud, Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jenicahe1@hotmail.com.

<sup>2</sup> Administradora de empresas, magíster en salud pública, profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: luzmmejia@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 18 de noviembre de 2009. Aprobado: 29 de julio de 2010.

---

Hernández J, Mejía LM. Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa: un reto para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010; 28(2): 132-140

---

### Resumen

El presente artículo es producto de un estudio realizado con el propósito de sistematizar la información disponible relacionada con la accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa en los centros penitenciarios de Colombia. Para ello, se hizo una revisión bibliográfica y recopilación sistemática del material académico disponible en las principales bibliotecas universitarias de la ciudad de Medellín, en bases de datos científicas y en páginas electrónicas de organizaciones nacionales e internacionales que se han ocupado del tema. La información se sistematizó teniendo en cuenta algunos referentes históricos sobre centros penitenciarios y salud, el registro de experiencias

en algunos países y la normatividad vigente para la atención en salud de la población reclusa en el caso colombiano. Se concluye que a pesar de que se han realizado avances importantes para garantizar la atención en salud a la población reclusa, en los centros de reclusión aún persisten obstáculos y limitaciones que vulneran el derecho a la salud de esta población. Asimismo, se evidencia que este no ha sido considerado como un problema de salud pública en el país, por lo cual se considera un reto incorporarlo como tal.

-----*Palabras clave:* prisiones, accesibilidad a los servicios de salud, derecho a la salud.

### Abstract

This article is the result of a product of a study elaborated with the aim of systematizing the available information related to the accessibility to the health services of the prison population in the penitentiary centers. To this end, we reviewed the literature and systematic collection of the academic available material in the principal university libraries in the city of Medellín, scientific databases and the web pages of national and international organizations that have dealt with this topic. The information was systematized considering some historical references to prisons and health, the record of experiences

in some countries and the current regulations for health care in the prison population in the Colombian case. We conclude that although significant progress has been made to ensure health care for the prison population, in the prison there are still obstacles and limitations that infringe the right to health of this population. Likewise, it is evidenced that it has not been considered a public health problem in the country, which it is considered a challenge to incorporate it as such.

-----*Key words:* jails, accessibility, health services, health right.

## Introducción

Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad y la reclusión para sancionar a los individuos que transgredían las leyes y las normas, los centros de reclusión han estado indefectiblemente ligados a problemas de higiene y salubridad. En el siglo xvii, hablar de prisiones significaba hablar de tifus y de enfermedades mentales, y en el siglo xxi, estos centros están relacionados con hacinamiento, trastornos psicosociales y enfermedades transmisibles y no transmisibles, por lo cual representan problemas de salud pública (1).

En la edad antigua, los centros de reclusión se caracterizaban por ser mazmorras subterráneas y torres de castillos donde predominaba el olvido y el hacinamiento. En la edad media, el recluso era sometido a toda clase de sufrimientos corporales. En esta época, la sociedad y el Estado no se interesaban por ellos (2).

Jeremías Bentham dio las primeras luces acerca del tratamiento penitenciario. En su obra *El panóptico*, además de exponer una tecnología de poder específica para resolver los problemas de vigilancia, hizo aportes relevantes en cuanto a la vida, la salud y el bienestar físico de los presos (3).

Michel Foucault también hizo valiosos aportes como estudioso de los problemas de los reclusos. En su obra cumbre *Vigilar y castigar* (4) estudió la dinámica del poder como castigo y analizó el proceso de este desde los suplicios del siglo xviii hasta el empleo del tiempo en el sistema penal actual, en el que el castigo deviene más sutil, menos físico, y el cuerpo desaparece como blanco de la punición (5).

En Colombia, los centros de reclusión surgen con el desarrollo capitalista, cuando el sistema punitivo empezó a ser parte de este por la función económica que cumplen, de modo que así se establecen las formas de represión. El orden penitenciario vino a tomar horizonte a finales del siglo xviii y comienzos del xix en los ámbitos jurídico, social, doctrinario y político. En este rumbo desempeñó un papel importante el pensamiento griego, la ideología cristiana y la iglesia católica, con sus respectivos papados (2).

En términos generales, los centros de reclusión presentan ambientes particulares que inciden negativamente en la salud de los reclusos. Condiciones de sobrepoblación y deficientes circunstancias locativas y sanitarias, entre otras, son factores de riesgo que favorecen la adquisición y transmisión de enfermedades (6). La llegada de personas a estos centros genera mayor riesgo de enfermedad y aumenta la demanda de servicios asistenciales. Aunque, teóricamente, la prestación de servicios de salud para esta población es obligatoria por parte del Estado, al parecer en Colombia los establecimientos penitenciarios no tienen la suficiente capacidad para asumir tal responsabilidad. (7)

Cuando las personas pierden su libertad, se encuentran con restricciones de sus derechos, lo cual les impide el pleno disfrute de su ciudadanía. El derecho a la salud de esta población puede verse vulnerado debido a las dificultades que con frecuencia se le presentan para acceder a los servicios de salud (8), y la sociedad no debe ignorar lo que sucede con la atención en salud de esta población (9).

En la revisión bibliográfica, se encontró que la mayoría de publicaciones sobre salud en los centros de reclusión están enfocadas en el estudio de enfermedades de transmisión sexual y el consumo de drogas (10); otras, a las condiciones en que se brinda la atención sanitaria en las prisiones y a las limitaciones de libertades y derechos (11). Algunas investigaciones se han centrado en conocer el perfil de salud de las poblaciones reclusas y en mostrar sus necesidades y los procesos de exclusión social a los que están sometidos (12). Otras afirman que el estudio de las condiciones de salud de la población penitenciaria tiene sus fundamentos en evidencias sobre una salud más deteriorada que la del resto de población (13).

En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (oms) sugiere que las autoridades deben asegurar suficientes recursos para la atención de salud en las cárceles (14), mientras que la Organización Panamericana de la Salud (ops) afirma que la ausencia de una eficaz atención sanitaria en los centros penitenciarios se debe a la falta de coordinación y organización entre ministerios (1).

Para el caso colombiano, la Organización de las Naciones Unidas (onu) (15) describe características socio-demográficas de la población reclusa, resaltando que pertenece a los grupos más vulnerables de la sociedad, proveniente de zonas desfavorecidas, malamente atendidos por los servicios básicos y que ingresan a los centros de reclusión con problemas de salud.

Sobre la situación de salud de esta población, la Defensoría del Pueblo (16) la detalla como mala o regular. En cuanto al acceso a los servicios de salud, la Procuraduría General de la Nación (17) expresa las deficiencias en la prestación del servicio de salud, especialmente para mujeres e hijos convivientes. Otros destacan la inexistencia de programas especiales para el control de epidemias y las deficiencias en la atención de urgencias (18).

## Metodología

Se revisó el material bibliográfico disponible en las siguientes bibliotecas universitarias de la ciudad de Medellín: Universidad de Antioquia, Universidad de San Buenaventura, Universidad de Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Eafit, Universidad Autónoma Latinoamericana y Fundación Universitaria

Luis Amigó. Las bases de datos científicas consultadas fueron: Ebsco, Host, Science Direct, Scielo y Pub Med, además de los cibernets de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), la OPS, la OMS y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Debido a limitaciones de tiempo y dinero, propias de los trabajos de grado de pregrado, la búsqueda bibliográfica en bibliotecas universitarias se concentró en la ciudad de Medellín, con lo cual se perdió la oportunidad de conocer otros estudios relacionados en resto del país.

Las palabras clave utilizadas fueron: cárcel, cárcel y salud, cárcel & salud, cárcel AND salud, presos, cárcel de mujeres, reclusión de mujeres, internas del Buen Pastor, mujeres en cárceles, población reclusa y salud, accesibilidad salud población reclusa, accesibilidad a servicios de salud en cárceles, servicios de salud en cárceles, salud en prisiones, prison and health service, access AND prison health service.

Los criterios definidos para la selección del material bibliográfico fueron los siguientes: que se tratara de artículos publicados en revistas indexadas o en libros, trabajos de grado e información oficial de organismos nacionales o internacionales que se han ocupado del tema; y para el caso colombiano, documentos del marco legal y normativo para la atención en salud en los centros penitenciarios.

## Resultados

### Sobre la accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa

En distintos países, la atención en salud en las cárceles adquiere especial relevancia; quizás en este ámbito, la experiencia más significativa hasta el momento sea la desarrollada por la SESP, organización científica que aglutina a los profesionales de la salud que prestan sus servicios en los establecimientos carcelarios de España (19), donde los modelos de atención sanitaria se corresponden con el modelo de atención primaria y especializada propio de la última reforma sanitaria española. Entre sus estrategias, el modelo de atención cuenta con programas de prevención, de educación para la salud y de reducción de daños.

Los centros penitenciarios españoles disponen de equipos sanitarios de atención primaria constituidos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, un odontólogo que asiste periódicamente al establecimiento y, en algunos casos, un farmacéuta. Este personal se asigna según el número de internos en cada centro penitenciario. La atención especializada se lleva a cabo de dos maneras: en algunos establecimientos, los especialistas de manera periódica a prestar sus servicios (psiquiatra,

internista, oftalmólogo, ginecólogo y dermatólogo, entre otros). La otra forma es la derivación de internos a los especialistas del hospital de referencia que cada establecimiento tiene asignado (19).

Otra experiencia es la del grupo de trabajo de salud en las prisiones de la OMS de la regional europea que se ha encargado de velar por la salud de los reclusos. Estos reconocen la prioridad de la salud en las prisiones y el desafío constante por la limitación de recursos (20).

En México, la atención en salud de la población reclusa se analiza desde la óptica de los derechos humanos, y se reconoce que uno de los problemas que afecta a su sistema penitenciario tiene que ver con la insuficiencia de servicios médicos y sanitarios, pues entre las quejas más frecuentes de los presos se encuentra la negativa de acceso al servicio médico (21).

En el caso de la región sur de México, existe sobrepoblación en la mayoría de los penales y deficiencias en todos los campos. Es el caso de la atención en salud donde cada penal cuenta con un médico que solo es para una atención básica (22).

En América latina se destaca el caso de Argentina, donde se dispone del programa de cárceles saludables que emerge de la voluntad de varios actores institucionales, tales como los ministerios de salud y de justicia, la OPS/OMS y otros interesados en mejorar las condiciones de salud de la población reclusa. Los principios básicos de este programa se basan en desarrollar en las unidades del servicio penitenciario federal un entorno saludable que incluya los derechos humanos, éticos y legales de los internos y del personal penitenciario federal (23).

En Panamá, un informe de la Defensoría del Pueblo indica que los problemas de salud en la población reclusa son similares en ambos sexos y que la atención médica tiende a limitarse a la aplicación de inyecciones, toma de presión arterial, extracción de sangre para exámenes de rutina y algunas operaciones de cirugía menor. Particularmente, a las mujeres reclusas se les recetan tranquilizantes en forma excesiva, pues abundan los trastornos calificados como “nerviosos” (24).

En Uruguay, un informe sobre las condiciones de reclusión de las mujeres concluye que la asistencia médica de la mayoría de los centros penales no cuenta con una atención suficiente, especializada y de calidad que incluya la salud sexual y reproductiva, así como las situaciones de abuso de sustancias de las mujeres (25).

En los Estados Unidos, los centros de reclusión no escapan del modelo de seguros privados para la asistencia médica. Allí, a las personas que no son beneficiarias de una póliza de asistencia médica antes de su arresto, se les desconocen derechos para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas. A su llegada al centro de reclusión y durante su encarcelamiento, los reclusos son sometidos a exámenes médicos y de labo-

ratorio para la tuberculosis y la sífilis, pero ni el VIH, ni la hepatitis C ni otras enfermedades infecciosas se investigan ni se atienden sistemáticamente (26, 27). Adicionalmente, se han documentado casos de profesionales de la salud que después de ser sancionados por ejercer su profesión, se les permite la práctica profesional en los establecimientos penitenciarios (26).

En Colombia, mediante el Decreto 2160 de 1992, se fusionó la Dirección General de Prisiones con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia y la Imprenta Nacional, y se creó el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), con el objetivo de garantizar los derechos fundamentales a los reclusos. El INPEC, adscrito al Ministerio de Interior y de Justicia, es el encargado de dirigir el sistema penitenciario y carcelario en el país y ejercer la dirección, administración y control de los centros carcelarios y penitenciarios del orden nacional, además de atender su vigilancia interna (28).

El Instituto, en su afán de mejorar constantemente su servicio, ha formulado una serie de planes dentro de los cuales se ha incluido el componente de salud, y su objetivo institucional primordial es humanizar la atención en salud de los internos, asistir su tratamiento y mejorar su bienestar para su reinserción social (29).

Entre sus estrategias se ha propuesto aumentar la cobertura de los programas de promoción y prevención dentro de los establecimientos de reclusión, gestionar la afiliación de los internos al Sistema General de Seguridad Social y aumentar el presupuesto para servicios de promoción y prevención, en concordancia con las pautas establecidas para tal fin (29).

En mayo del 2009, la población reclusa en Colombia ascendía a 80.490 internos. De acuerdo con la proyección de población colombiana realizada por el DANE (30) para el 2009, de 45.446.247 habitantes, la población reclusa representa 0,18% de la población.

**Tabla 1.** Población reclusa nacional en mayo del 2009

Resumen mensual mayo de 2009														
Código	Regional	Capacidad	Total población	Hacinamiento	Sexo		Sindicados		Total sindicados	Condenados 1 <sup>a</sup>		Condenados 2 <sup>a</sup>		Total condenados
					Hom	Muj	Hom	Muj		Hom	Muj	Hom	Muj	
					100	Regional Central	20.051	28.741		43,3%	26.624	2.117	9.323	
200	Regional Occidente	9.574	13.193	37,8%	12.346	847	3.986	310	4.296	6.599	496	1.761	41	8.897
300	Regional Norte	7.180	8.981	25,1%	8.804	177	3.980	84	4.064	3.680	73	1.144	20	4.917
400	Regional Oriente	7.148	9.208	28,8%	8.558	650	2.320	213	2.533	3.067	372	3.171	65	6.675
500	Regional Noroeste	5.044	9.689	92,1%	9.007	682	2.638	184	2.822	2.876	279	3.493	219	6.867
600	Regional Viejo Caldas	7.973	10.678	33,9%	9.972	706	2.289	218	2.507	4.219	381	3.464	107	8.171
<b>Total mes</b>		56.970	80.490	41,3%	75.311	5.179	24.536	1.755	26.291	32.979	2.909	17.796	515	54.199

*Fuente:* Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), población interna en los establecimientos de reclusión discriminada por sexo, situación jurídica, y regional (29).

### Algunos referentes internacionales y nacionales sobre la atención en salud de la población reclusa

Respecto a los lineamientos internacionales relacionados con la atención en salud, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (31) de 1948, en su artículo 22, se refiere la seguridad social como un derecho de las personas integrantes de la sociedad. Estos derechos es-

tán reafirmados en los derechos económicos, sociales y culturales (31), en que el derecho a la salud se reconoce en el artículo 12. Aunque estos lineamientos son válidos para la población reclusa, se dispone de otros más específicos para esta población, como son:

- convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (32);
- reglas mínimas para el tratamiento de reclusos (33);

- conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión (34);
- principios básicos para el tratamiento de reclusos (35);  
principios de ética médica aplicables a la protección contra la tortura de personas presas o detenidas (36);  
Asociación Médica Mundial (37) que conceptúa sobre la atención apropiada de pacientes prisioneros.

Para el caso de las mujeres, se dispone de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (38), la aplicación de las estrategias de Nairobi (39), orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer y la Declaración de Beijing (40), que deben aplicarse sin discriminación a las mujeres reclusas.

En cuanto a los derechos de los niños, se dispone de políticas como la Declaración de los Derechos del Niño (41) la Convención para los Derechos del Niño de la UNICEF (42) y la Declaración Americana de los Derechos del Hombre (43), que deben aplicarse para garantizar los derechos de los niños convivientes con las madres reclusas.

El derecho a la salud de la población reclusa se aborda desde el punto de vista jurídico para garantizar la calidad de vida y un medio ambiente sano durante la reclusión. Se defiende que los derechos de los presos no tienen menor categoría, pues tienen derechos suspendidos, como el de la locomoción, y otros limitados, como el de la comunicación y la intimidad; pero los demás, como el derechos a la salud son plenos, y este último, como servicio público a cargo del Estado, no se le puede negar al recluso (44).

Una de las intervenciones que en materia de salud se ha identificado para la población reclusa colombiana es el Plan Piloto de Salud Comunitaria (45), desarrollado en la cárcel del distrito judicial de Pereira en el 2001. Entre las conclusiones de esa intervención se destacó el mejoramiento de algunas condiciones de salud y bienestar de los internos, tales como su crecimiento personal, el reconocimiento del otro y de su individualidad, el empoderamiento de sus procesos sociales y de salud, la apropiación del autocuidado, la cualificación y el fortalecimiento de sus habilidades, entre otros.

En el 2003, la Defensoría del Pueblo (16) realizó un estudio sobre la atención en salud y las condiciones sanitarias de los distintos centros de reclusión del país. El estudio mostró que un gran número de reclusos consideran la atención en salud como mala o regular, que las áreas de sanidad no reúnen las condiciones de higiene adecuadas para funcionar y que no se dispone de atención médica nocturna. Asimismo, que las emergencias

son de difícil resolución por los trámites administrativos y dificultades para las remisiones a instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual en ocasiones pone en grave riesgo la vida de los internos.

Posteriormente a esta investigación, en el 2005 la Defensoría (7) divulgó un informe sobre la prestación de servicios de salud para la población reclusa, donde presenta consideraciones referentes a la situación de salud que se vive en los centros de reclusión de Colombia. En este informe se expresa que “el Ministerio de la Protección Social no ha dado cumplimiento a sentencias proferidas por la Corte Constitucional con las que se pretende garantizar el derecho a la salud de esta población”; Asimismo, dice que “el Consejo de Seguridad Social no ha tomado medidas contundentes para garantizar el derecho a la salud de la población reclusa.”

Por su parte, el Instituto Popular de Capacitación (IPC) analizó en el 2005 la situación de derechos humanos en las cárceles de Bellavista y el Buen Pastor de Medellín. De acuerdo a las visitas realizadas por esta entidad, se observó que la atención en salud que presta el INPEC no satisface las necesidades básicas de la población reclusa en general (46).

Otro estudio realizado por la Pastoral Social de Medellín en el 2005 sobre los centros de reclusión del área metropolitana y los municipios de La Estrella y Bello concluye que las condiciones de higiene, sanidad, educación y alimentación, entre otros, aunque han presentado avances significativos para mejorar las condiciones de vida de los internos, no se pueden considerar óptimos, ya que no satisfacen el grueso de la población reclusa (47).

En cuanto a la población reclusa femenina, en el 2006 la Procuraduría General de la Nación y otros autores (17, 48) las caracteriza como madres solteras o separadas de bajo nivel socioeconómico y cabeza de familia en la mayor parte de los casos. Para ellas, es notable la falta de atención médica adecuada durante el embarazo y el posparto. Hay deficiencias en la prestación del servicio de salud materno-infantil, muchas no acceden al control prenatal y sus hijos nacidos en reclusión no reciben control adecuado para su crecimiento y desarrollo.

El estudio de la Personería de Medellín del 2008 que describe la situación de salud de los centros de reclusión de Bellavista y El Buen Pastor encontró que las áreas de sanidad no reúnen las condiciones de higiene, asepsia y ventilación adecuadas para la prestación del servicio de salud y que las farmacias no dispone del surtido de medicamentos necesarios para tratar adecuadamente las diferentes enfermedades. Con ello no solo se viola el derecho a la salud de los reclusos, sino también su derecho a la dignidad (49).

## Normatividad colombiana para garantizar la atención en salud de la población reclusa

El derecho a la salud se encuentra amparado por los artículos 48 al 50 y el 64 de la Constitución Política de Colombia (50). Las mujeres y los niños se protegen especialmente en los artículos 43 y 44. Teniendo en cuenta que las personas objeto del estudio se encuentran privadas de la libertad, se debe considerar el inciso 3 del artículo 13 de la Constitución que se refiere a la protección especial de aquellas personas que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

Las normas por las cuales se garantiza el derecho a la salud de los colombianos están enmarcadas en la Ley 100 de 1993 (51), que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgss) y la Ley 1122 del 2007 (52), en que se incluye en su artículo 14, literal M, a la población reclusa. Para su reglamentación, en el 2009 el gobierno nacional expidió el Decreto 1141 (53) que ordena la afiliación de la población reclusa al régimen subsidiado en salud. En este se tiene en cuenta la afiliación de los internos reclusos en los establecimientos de reclusión, en prisión y detención domiciliaria o bajo sistema de vigilancia electrónica a cargo del INPEC, así como la población reclusa a cargo de las entidades territoriales en establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal, además de los menores de tres años que convivan con sus madres en estos establecimientos.

En este decreto se dispuso que los reclusos en el país estarán afiliados en el régimen subsidiado, con subsidio total a través de una EPS-S de naturaleza pública del orden nacional y que aquellos internos afiliados al régimen contributivo conservarán su afiliación, siempre y cuando continúen cumpliendo con las condiciones de dicha afiliación. Igualmente, los internos afiliados al régimen subsidiado continuarán con su afiliación con cargo a las fuentes que vienen financiando este aseguramiento. Asimismo, se estableció que la financiación se realizará con los recursos apropiados en el presupuesto general de la nación para el INPEC, con destino a la atención en salud de esta población. Finalmente, la afiliación quedará suspendida una vez el interno culmine el período reclusión.

Por otro lado, el Código Penitenciario y Carcelario (Ley 65 de 1993) (54), contiene consideraciones importantes referentes a la dignidad humana y a las garantías constitucionales para garantizar la atención en salud de los reclusos, que incluyen servicio de sanidad, servicio médico penitenciario, asistencia médica y procedimientos a seguir en caso de enfermedad mental.

El Acuerdo 0011 de 1995 (55) del INPEC provee los elementos necesarios en los artículos 46 al 50 respecto de la implementación de los servicios de salud: cómo actuar ante una urgencia, control de medicamentos y

programas de salud preventiva y saneamiento ambiental, incluidos los programas de salud ocupacional.

La circular 038 del 2007 del INPEC (56) define las pautas generales de habilitación dentro de los establecimientos penitenciarios, con el fin de brindar atención de calidad a la población reclusa.

Asimismo, hay una serie de sentencias proferidas por la Corte Constitucional en que se defiende el derecho a la salud de la población reclusa en los centros penitenciarios y que manifiestan el incumplimiento de la prestación de los servicios de salud a la población reclusa, a pesar de las normas existentes, que son las sentencias T-437/93, T-473/95, T-535/98, T-583/98, T-606/98, T-607/98, T-530/99, T-524/99, T-256/00, 1474/00 y T-233/01. Todas estas sentencias se han proferido para defender el derecho a la salud de esta población.

## Discusión

Idealmente, las sociedades deberían disponer de mecanismos suficientes y adecuados para garantizar servicios de salud a toda la población de manera integral y con calidad, oportunidad, transparencia y efectividad, de forma permanente, teniendo en cuenta que la salud es un bien público que no debe estar sujeto a ninguna condición política, económica o social.

En el caso de la población reclusa, la mayoría de estudios y experiencias encontrados identifican y analizan las deficiencias del sistema penitenciario en cuanto a la protección de la salud, pero no exploran posibilidades reales para promover y solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud de esta población. Las excepciones en este caso serían Argentina con su programa de cárceles saludables y España, donde se ha logrado desarrollar el modelo de atención primaria en los establecimientos penitenciarios y en los hospitales adscritos para la atención de reclusos.

En cuanto a las directrices internacionales relacionadas con los derechos humanos y el derecho a la salud, puede interpretarse que estas no siempre se aplican a la población reclusa en los países. En el caso colombiano, la normatividad del sistema de salud establecido desde 1993 no incluyó a la población reclusa como población objeto del sgss sino hasta la expedición de la Ley 1122 del 2007 y del Decreto 1141 del 2009. Esto, debido a que la atención en salud de esta población ha sido responsabilidad directa de las instituciones del sistema penitenciario y no de las instituciones que hacen parte del sgss.

Con la expedición del Decreto 1141 del 2009 se pretendió resolver este problema ordenando el aseguramiento en el régimen subsidiado en salud de la población reclusa más pobre, reiterando que aquellos que tengan capacidad para cotizar en el régimen contributivo de salud lo hagan y puedan recibir los servicios de salud

de parte de la entidad aseguradora responsable. En este caso, el INPEC dejaría de cumplir aquella función de prestación de servicios que no es de su competencia en tanto existen en el SGSSS entidades responsables del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud (IPS). Así, el INPEC se constituirá en facilitador entre la población reclusa y las instituciones aseguradoras y las IPS para garantizar el acceso a los servicios de salud.

No obstante, a la fecha de elaboración de este artículo, el Decreto 1141 del 2009 no se había logrado implementar con éxito, y por tal razón, el INPEC continúa con la responsabilidad de garantizar la atención en salud de la población reclusa.

En tal sentido, podría considerarse que en Colombia se han logrado avances importantes, pero no suficientes, en relación con los servicios sanitarios de los establecimientos del sistema penitenciario. Por ello, el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud de los internos en los centros de reclusión dependerá no solo de factores políticos y económicos, sino también de la capacitación y el liderazgo de esta población para desarrollar habilidades de promoción y cuidado de la salud en el ámbito penitenciario, al tiempo que se requiere su empoderamiento para hacer valer su derecho a la salud. En tal sentido, es importante considerar el rol de la academia en el medio penitenciario, pues se trata de una población cautiva en un medio donde se requiere mayor énfasis en acciones de salud pública para promover la salud.

## Conclusión

Se concluye de este estudio monográfico que a excepción de Argentina y España, los centros de reclusión en otros países presentan importantes limitaciones para garantizar el derecho a la salud de la población reclusa, principalmente por deficiencias en la infraestructura locativa, insuficiente personal asistencial y escaso suministro de medicamentos. En Colombia, a pesar de que se han desarrollado mecanismos y acciones para mejorar la salud de esta población, el sistema de salud penitenciario aún presenta deficiencias que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. El reto de la sociedad y del Estado es superar estos obstáculos y garantizar el acceso a los servicios de salud de la población reclusa que se entiende como altamente vulnerable.

## Referencias

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2008.
- 2 Chacón I. Contexto Penitenciario Colombiano. 2.ª ed. Bogotá: Ediciones Jurídicas Andrés Morales; 2005. Págs. 4-35.

- 3 Bentham J. El panóptico. [Internet] [Acceso 17 de octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.elortiba.org/panop.html#El\\_Panóptico\\_](http://www.elortiba.org/panop.html#El_Panóptico_)
- 4 Foucault M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. 8. ed. México: Siglo Veintiuno Editores S.A.; 1983.
- 5 Martínez J. Vigilar y castigar tras la mirada de Foucault. Hojas Universitarias 2004; 55: 32-40.
- 6 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-606 de 1998, octubre 27, acción de tutela instaurada por Luis Alberto Carreño contra el INPEC. Bogotá: La Corte; 1998.
- 7 Colombia. Defensoría del Pueblo. Informe sobre prestación de Servicios de Salud en Centros Penitenciarios y Carcelarios de Colombia, 2005. [Internet] [Acceso 14 de enero de 2008]. Disponible en: [http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe\\_120.pdf](http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_120.pdf).
- 8 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-535 de 1998, septiembre 30, acción de tutela incoada por Luis Carlos Sánchez Carvajalino contra la Penitenciaría Nacional de Cúcuta. Bogotá: La Corte; 1998.
- 9 Colombia. Procuraduría General de la Nación. Privados de la libertad no de derechos. [Internet] [Acceso 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/descargas/estrategia/insertos/Inserto3.pdf>.
- 10 Restrepo C, Echavarría I. Diagnóstico de salud física, mental y ocupacional en internas del Centro de Reclusión para Mujeres el Buen Pastor de Medellín, 2008. [Trabajo de grado en Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2008.
- 11 Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Quiénes somos. [Internet] [Acceso 10 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.sesp.es>.
- 12 Lazaro M, Gonçalves J, Gonçalves S, Godoi A. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11 (2): 461-471.
- 13 Oviedo E, March J, Ramos M, Ballesta R, Prieto M. Perceived Health and Use of Health Care Services in Inmates of an Andalusian Prison, 1999. Rev. Esp. Salud Pública. [Internet] 2005 Feb [Acceso 24 de Marzo de 2009]; 79(1): 35-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272005000100004&lng=en&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272005000100004&lng=en&nrm=iso)
- 14 Organización Mundial de la Salud. Programa mundial sobre el sida: Directrices de la OMS sobre la infección por el VIH y el sida en las cárceles. Ginebra: OMS; 1993.
- 15 Organización de las Naciones Unidas. Centros de Reclusión en Colombia: un Estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos. 2001. [Internet] [Acceso 27 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.geocities.com/alertanet4/carcelescolombia.htm>
- 16 Colombia. Defensoría del Pueblo de Colombia. Situación del Servicio de Salud en las Cárceles de Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2003. Págs. 19-24.
- 17 Colombia. Procuraduría General de la Nación. Mujeres y Prisión en Colombia: análisis desde una perspectiva de Derechos Humanos y Género. 2006. [Internet] [Acceso 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/descargas/publicaciones/mujeresyprisionencolombia.pdf>.
- 18 Comité de Solidaridad con los presos Políticos, Corporación Colectiva de Abogados "José Alvear Restrepo". La Sin-Razón situación carcelaria en Colombia. Bogotá: Rodríguez Quito Editores; 2000. Pág. 76.
- 19 Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Sanidad Penitenciaria: nuestro trabajo. [Sitio en internet] [Acceso 18 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.sesp.es>

- 2009]. Disponible en: <http://www.sesp.es/sanidadpenitenciaria.htm?PHPSESSID=e551cda22d99427b89da9377449caac0>.
- 20 World Health Organization. Health in prisons: Health promoting in the prison setting. Summary Report on a WHO Meeting, London 1995-1996 Marzo. Report No EUR/ICP/ADA 043 (S).
  - 21 Ferrusca M. Derechos Humanos y Prisión: notas para el acercamiento. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* 1999; 32 (95): 521-547.
  - 22 Alarcón L. la situación de los penales en la Región Sur. *Pastoral Andina* 2000; 132: 2-3.
  - 23 Organización Panamericana de la Salud. *Cárceles saludables: Promoviendo la salud para todos*. Argentina: OPS; 2003.
  - 24 Antony C. Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. *Nueva Sociedad* 2007; (208): 73-85.
  - 25 Uruguay. Presidencia de la República Oriental de Uruguay. Mesa de Trabajo sobre las condiciones de las mujeres privadas de libertad de Uruguay. *Mujeres Privadas de la Libertad en el Uruguay: informe sobre las condiciones de reclusión*. [Internet] [Acceso 24 de mayo de 2009]. Disponible en: [http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/09/RECLUSAS.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/09/RECLUSAS.pdf).
  - 26 Comfort M. Los Estados Unidos Enfermos de sus prisiones: La prisión como incubadora de epidemias. *Le Mon Diplo* 2003; 14: 12-13.
  - 27 National Commission on National Health Care. The health status of son-to-be released inmates, 2002. En: Comfort M. *Los Estados Unidos Enfermos de sus prisiones: La prisión como incubadora de epidemias*. *Le Mon Diplo* 2003; 14: 12-13.
  - 28 Ministerio de Interior y de Justicia. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario [Internet] [Acceso mayo 3 de 2009]. Disponible en: <http://www.mij.gov.co/eContent/newsdetailmore.asp?id=2215&idcompany=2>
  - 29 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario/INPEC. 2009. [Internet]. [Acceso mayo 3 de 2009]. Disponible en: [http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC\\_DISEÑO/SeccionInpeccomoinstitucion/Pagina%20-%20Inpec%20Hoy/Planes/Planes%20-%20Accion\\_copia](http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_DISEÑO/SeccionInpeccomoinstitucion/Pagina%20-%20Inpec%20Hoy/Planes/Planes%20-%20Accion_copia).
  - 30 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Proyecciones de población 2009. [Internet] [Acceso mayo 3 de 2009]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72)
  - 31 Oficina en Colombia del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Interpretación de las normas internacionales sobre derechos humanos: observaciones y recomendaciones generales de los órganos de vigilancia de los tratados internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas. Bogotá: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2002.
  - 32 Asamblea General de la ONU. Resolución 39/46 de 1984, diciembre 10, Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Ginebra: la Asamblea; 1984.
  - 33 Organización de las Naciones Unidas. Resolución 663C (XXXIV) de 1957, julio 31, por la cual se establecen las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos adoptadas por el primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Ginebra: la Organización; 1957.
  - 34 Asamblea General de la ONU. Resolución 43/173 de 1988, diciembre 9, por la cual se adoptan el Conjunto de Principios para la Protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de Detención o Prisión. Ginebra: la Asamblea; 1988.
  - 35 Asamblea General de la ONU. Resolución 45/111 de 1990, diciembre 14, por la cual se adoptan los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos. Ginebra: la Asamblea; 1990.
  - 36 Asamblea General de la ONU. Resolución 37/194 de 1982, diciembre 18, por la cual se aprobó los 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. Ginebra: la Asamblea; 1982.
  - 37 Asociación Médica Mundial. Declaración de Edimburgo de 2000, octubre 25, sobre las condiciones carcelarias y la propagación de la tuberculosis y de otras enfermedades contagiosas. [Internet] [Acceso 7 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/p28.htm>.
  - 38 Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 34/180 de 1979, diciembre 18, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer/ CEDAW. Ginebra: la Asamblea; 1979.
  - 39 Asamblea General de la ONU. Resolución 48/108 de 1993, diciembre 20, por la cual se establece la aplicación de las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer. Kenia: la Asamblea; 1993.
  - 40 Organización de las Naciones Unidas. Conferencia de Beijín. Cuarta conferencia mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer. Beijín: la Organización; 1995.
  - 41 Asamblea General de la ONU. Resolución 1386 (XIV) de 1959, noviembre 20, Declaración de los Derechos del Niño. Ginebra: la Asamblea; 1959.
  - 42 Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. *Un mundo apropiado para los niños y las niñas: Convención sobre los derechos del Niño*. New York: UNICEF; 2008.
  - 43 Organización de los Estados Americanos. Resolución AG/1591 (XXVIII-098). De 1998, junio 2, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Washington: la Organización; 1998.
  - 44 López G, Restrepo L. Los derechos también van a las cárceles: el derecho a la salud en las cárceles de Bellavista, Andes, y Ciudad Bolívar-Antioquia, 1996. [Monografía para optar el título de especialista en Ciencias Forenses]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 1996.
  - 45 Engelberts M, Arango S. Una visión general del primer plan piloto de salud comunitaria en la cárcel distrito judicial Pereira 2001-2002. *Rev Med Risaralda* 2002; 8(1): 46-51.
  - 46 Instituto Popular de Capacitación. Situación de derechos humanos en las cárceles Bellavista (varones) y El Buen Pastor (mujeres). *Relecturas Medellín* 2005; 29(292): 81-83.
  - 47 Roldán J, González L. Situación de los Derechos Humanos en las cárceles del área Metropolitana. Diagnóstico sobre los derechos humanos en las cárceles: Bellavista, La Estrella, Itagüí, Reclusión de Mujeres Buen Pastor y San Quintín-Bello. Medellín: Cáritas Arquidiocesana Medellín/Pastoral Social; 2005.
  - 48 Ramos P. *Violencia Contra las Mujeres Privadas de Libertad en América Latina: Diagnóstico de la situación de las mujeres encarceladas en Colombia*. 2004. [Internet] [Acceso 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.dplf.org/uploads/1190750354.pdf>.
  - 49 Medellín. Personería de Medellín. Informe de Derechos Humanos 2008. La situación en los establecimientos carcelarios, p 28-29. [Internet] [Acceso 14 abril de 2009]. Disponible en: [http://www.personeriamedellin.gov.co/Portals/0/docs/Informe\\_DHH/Resumen\\_Ejecutivo\\_Informe\\_DHH.pdf](http://www.personeriamedellin.gov.co/Portals/0/docs/Informe_DHH/Resumen_Ejecutivo_Informe_DHH.pdf).
  - 50 Colombia. Asamblea Nacional Constituyente de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991, julio 4, por el cual se proclama la Constitución Política de Colombia. Bogotá: La Asamblea; 1991.
  - 51 Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad

- Social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
- 52 Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Congreso; 2007.
- 53 Colombia. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Decreto 1141 de 2009, abril 1, por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Ministerio; 2009.
- 54 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.
- 55 Bogotá. Consejo Directivo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Acuerdo 0011 de 1995, octubre 31, por el cual se expide el Reglamento General al cual se sujetaran los reglamentos internos de los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios. Bogotá: el Consejo; 1995.
- 56 Bogotá. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Circular 038 de 2007, junio 21, por la cual se dictan las pautas generales de habilitación. Bogotá: El INPEC; 2007.