

Acceso a servicios de salud en un establecimiento penitenciario y carcelario masculino de Antioquia (Colombia), 2012

Access to health services for a group man deprived of their liberty in a penitentiary and prison of Antioquia-Colombia, 2012

Emmanuel S. Nieto-López, Jeniffer Hernández-Pacheco y Luz M. Mejía-Ortega

Recibido 17 julio 2017 / Enviado para modificación 15 agosto 2018 / Aceptado 30 abril 2019

RESUMEN

Objetivo Identificar los factores que condicionan el acceso a los servicios de salud de las personas privadas de la libertad en el establecimiento penitenciario y carcelario La Paz del municipio de Itagüí, en Antioquia (Colombia), en el 2012.

Materiales y Métodos Estudio descriptivo transversal soportado en encuestas a una muestra de 126 privados de la libertad de dicha institución. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial: medias, proporciones y pruebas de significancia estadística.

Resultados La mayoría califica adecuada o muy adecuada la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención. Todos valoran como bueno o muy bueno el trato recibido. A cerca de un tercio le fueron negados o entregados parcialmente los medicamentos recetados. El 35,7% perdió citas médicas por problemas administrativos y la mayoría manifiesta no tener información suficiente sobre sus derechos en salud. El 66,7% declara que su salud empeoró o permaneció igual luego de haber sido atendido.

Conclusiones Una alta proporción logra acceder a los servicios y califica positivamente la atención médica, pero persisten barreras de acceso a medicamentos, problemas de información sobre derechos y valoraciones negativas sobre el impacto de la atención médica recibida.

Palabras Clave: Prisiones; accesibilidad a los servicios de salud; necesidades y demanda de servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Identify the conditions of access to health services of persons deprived of their Liberty (PDL) in the Penitentiary and Prison La Paz in Itagüí, Antioquia in 2012.

Materials and Methods It is a cross-sectional descriptive study based on primary information obtained from a survey applied to a sample of 126 inmates of this institution. Descriptive and inferential statistics techniques were used: means, proportions and tests of statistical significance.

Results The majority qualify adequate or very adequate continuity, opportunity and integrality of care. Everyone values how good or very good the treatment received. About one-third were denied or partially given the prescription drugs. 35.7% lost medical appointments due to administrative problems and most of them did not have sufficient information about their health rights. 66.7% said that their health deteriorated or remained the same after having been treated.

Conclusions A high proportion of this people access services and qualify medical care positively, but there are still barriers to access to medicines, problems with information about rights, and negative evaluations of the impact of medical care received.

Key Words: Prisons; health services accessibility; health services needs and demand (*source: MeSH, NLM*).

EN: Eco. M. Sc. Epidemiología. Profesor, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
emmanuel.nieto@hotmail.com
JH: Administradora en Salud. M. Sc. Salud Pública. Asistente de Posgrados, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
jeniffer.hernandez@udea.edu.co
LM: Administradora de Empresas. M. Sc.; Ph.D. Salud Pública. Profesora Titular, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
mery.mejia@udea.edu.co

En Colombia las personas privadas de la libertad constituyen una población altamente vulnerable, debido no solo al déficit en la infraestructura carcelaria y penitenciaria, que produce altos índices de hacinamiento, sino también a la insuficiencia de servicios públicos que se presenta en los establecimientos de reclusión (1).

En sus actuales condiciones de privación de la libertad, estas personas están sometidas de manera sistemática a fuertes carencias materiales y limitación de otras libertades que afectan su calidad de vida y los someten a graves riesgos de enfermedad y persistentes barreras de acceso a los servicios de salud (2). Tal situación, con frecuencia, es divulgada por los medios de comunicación y los organismos de control del orden nacional y local.

Este problema ha dejado de ser un asunto coyuntural y se ha convertido en un asunto estructural en los diferentes establecimientos penitenciarios y carcelarios del país. En 2012, año en el que se realizó este estudio, órganos de control manifestaban insistentemente los problemas que persistían en los establecimientos carcelarios del país que ratificaban el estado de cosas inconstitucionales que afectaban la dignidad humana de esta población, según lo expuesto en las Sentencias T-153 y T-606 de 1998 (3-5).

A pesar de lo evidenciado en el año 2012, nuevamente en el año 2013 con la Sentencia T-388 (5), se reitera el estado de cosas inconstitucionales que, básicamente, llaman la atención sobre las condiciones de hacinamiento, deterioro de la infraestructura, tratos crueles y, en términos generales, sobre la deshumanización de las personas en contextos de privación de la libertad.

La Corte Constitucional advierte nuevamente en 2015 un estado de cosas inconstitucionales reflejada en la persistencia de hacinamiento y fallas de carácter estructural que exigen la colaboración de otras entidades para la superación de la crisis (6).

Conscientes de esta crisis, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) inició en el 2012 el trámite, ante el Ministerio de Justicia, para que se declare el estado de emergencia carcelaria. Por aquel entonces, dicha petición fue negada y solo hasta el 2013 el Ministerio emitió un concepto favorable al respecto, que dio paso a la primera declaración de la emergencia carcelaria en el país, tras reconocer las dificultades de salud, sanitarias y de higiene en los centros de reclusión (7). Dada la complejidad del fenómeno, nuevamente en 2016, ante la grave crisis que se presenta en las cárceles del país, se declara por segunda vez la emergencia carcelaria soportada en la deficiencia de la prestación de servicios de salud y el creciente aumento de la población privada de la libertad (8).

Los avances normativos en materia de la atención en salud de la población privada de la libertad para este momento se vieron enmarcados en los Decretos 1141 de

2009 y 2777 de 2010, mediante los cuales se ordenó la afiliación de la población reclusa al *régimen subsidiado de salud* (9,10). Esta decisión gubernamental terminó en la contratación de Caprecom (institución pública) como entidad promotora de salud (EPS) para este propósito. Pese a este nuevo marco normativo, los problemas de salud de esta población parecieran haberse profundizado; prueba de ello son los reiterados informes de la Defensoría del Pueblo de años atrás, luego de habersele asignado esta responsabilidad a Caprecom en los cuales se alerta al Gobierno y al Congreso sobre esta situación (11-14). Lo cierto del caso es que con anterioridad a dicha normatividad las personas privadas de la libertad manifestaban ya su inconformidad con el acceso a los servicios de salud y la atención en salud que recibían.

Debido al evidente deterioro de la atención en salud de la población privada de la libertad, y como parte de la agenda de investigación en esta materia que se inició en la Facultad Nacional de salud Pública en 2011 (15,16), esta investigación se propuso caracterizar las condiciones de acceso a los servicios de salud de las personas privadas de la libertad reclusas en la cárcel de máxima seguridad de Itagüí (Antioquia) en el año 2012, hoy llamado Establecimiento Penitenciario y Carcelario La Paz (EPC La Paz de Itagüí), a fin de aportar nuevas evidencias sobre esta problemática.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal a partir de una población de 699 privados de la libertad, distribuidos en los 6 patios que constituían el establecimiento penitenciario y carcelario, en el cual se seleccionó aleatoriamente una muestra estratificada y representativa de 126 privados de la libertad.

A esta muestra de privados de la libertad se aplicó un instrumento que permitió recoger información sociodemográfica, de afiliación a salud, necesidades de atención en salud, uso de los servicios, barreras de acceso a los servicios, disponibilidad de recursos para la atención en salud, entrega de medicamentos, tutelas en salud, tiempos de espera para la asignación de citas y satisfacción con la atención en salud, entre otras.

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para el análisis de las variables cualitativas. También medidas de tendencia central y dispersión para el abordaje de las variables cuantitativas, algunas de las cuales fueron transformadas en variables nominales a partir de la media o la mediana. El manejo y análisis de las estadísticas, así como la elaboración de tablas y gráficos, se realizaron con el apoyo del programa SPSS en su versión 23 y el programa Excel 2010 de Microsoft.

Consideraciones éticas

Durante todas las fases del proceso investigativo, se cumplieron los principios éticos internacionales y nacionales que se recogen en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (17).

En atención a esos principios, y reconociendo la situación de vulnerabilidad y de subordinación de las personas privadas de la libertad, en esta investigación se tuvo especial consideración tanto el consentimiento informado que firmaron las personas privadas de la libertad, para que aceptaran participar en el estudio, como los procedimientos que se debían observar en el proceso de interacción con ellos.

En todos los casos se garantizó el respeto a su dignidad humana, su autonomía, su privacidad e intimidad, así como la confidencialidad y custodia de la información suministrada.

El protocolo de investigación fue avalado por el Comité de Ética del Centro de Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, donde fue registrado el proyecto. Asimismo, los autores declaramos que dimos cumplimiento a las consideraciones éticas y procedimientos establecidos en el artículo 37 de la Ley 65 de 1993 (18) y a las orientaciones del INPEC sobre pautas para el desarrollo de investigación en el ámbito carcelario y penitenciario.

RESULTADOS

De acuerdo con la Tabla 1, se trata de una población masculina con edad media de 36 años, baja estratificación socioeconómica, niveles muy bajos de educación y alta proporción de solteros. Asimismo, se destaca una gran proporción de presidiaron en unión libre. Solo el 19,8% manifestó estar realizando al interior del establecimiento un trabajo que le reportara algún nivel de ingresos. En

cuanto a la procedencia, algo más de dos tercios de ellos provenían del mismo departamento de Antioquia.

Como se muestra en la Tabla 2, una proporción importante de esta población reportó que antes de la privación de la libertad estaba afiliada a la seguridad social en salud, con el 31,7% en el Régimen Contributivo (RC) y el 39,2% en el RS. El 22,5% no contaba con dicha afiliación. Una vez privados de la libertad, la cobertura del aseguramiento era del 100%, con el 11,5% en el RC y el 85,2% en el RS.

En cuanto a la autopercepción del estado de salud, el 56% afirmó tener un estado de salud bueno y muy bueno; el 44% restante reporta un estado de salud malo o regular. El

Tabla 1. Características sociodemográficas de los hombres privados de la libertad en el EPC La Paz de Itagüí, Antioquia (2012)

Variable	Casos	%
Educación		
Primaria-ninguna	52	41,3
Secundaria	62	49,2
T-t-universitaria	12	9,6
Estado Civil		
Soltero	58	46
Casado	17	13,5
Separado-viudo	7	5,9
Unión libre	44	34,9
Edad		
De 19 a 36 años	67	53,2
De 37 y más	59	46,8
Estrato actual		
Bajo	82	74,8
Medio	27	25,2
Departamento		
Antioquia	88	69,8
Fuera de Antioquia	38	30,2
Ocupación actual		
Trabajando	25	19,8
Otra actividad	101	80,2

Fuente: Encuesta a 126 privados de la libertad del centro penitenciario.

Tabla 2. Transición del aseguramiento en salud antes y después de la privación de la libertad reportada por los hombres privados de la libertad en el EPC La Paz de Itagüí-Antioquia 2012

Aseguramiento en salud	Actual (%)				
	Anterior (%)	R. Contributivo	R. Subsidiado	R. Especial	Total
R. Contributivo		23,7	76,3	0	38 (31,7%)
R. Subsidiado		2,1	93,6	2,1	47 (39,2%)
R. Especial		12,5	50	37,5	8 (6,7%)
No asegurado		7,4	92,6	0,0	27 (22,5%)
Total		14 (11,5%)	104 (85,2%)	4 (3,3%)	100%

Fuente: Encuesta a 126 privados de la libertad del centro penitenciario.

73% declaró haber buscado atención en salud preventiva, de los cuales el 69% fue efectivamente atendido, en buena medida dentro del establecimiento (68%); el 11% buscó atención preventiva en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) particular.

Del 59% de los privados de la libertad que reportó algún problema de salud en los últimos 30 días previos a la

encuesta, el 86% dijo haber buscado atención en alguna institución de salud. El 14% restante se autorrecetó, buscó a un tegua o no hizo nada.

Entre las principales razones de no haber buscado la atención en una institución de salud resaltan: caso leve, muchos trámites, desconfianza en los médicos y mala experiencia en alguna atención previa.

Entre los que solicitaron atención en salud, el 33,4% buscó atención médica general, el 19,1% enfermería y el 17,7% odontología (Tabla 3). Dicha atención se realizó en más del 96% dentro del establecimiento. Los servicios de especialista, por su parte, fueron solicitados por el 9,2% y la atención

se hizo efectiva para el 77,8% de quienes la buscaron. Contrario a lo sucedido con los servicios de medicina general, odontología y enfermería, la atención de especialista se hizo en un 81% por fuera del establecimiento, en buena medida por intermedio de una IPS particular (28,6%).

Tabla 3. Consulta y atención en salud dentro y fuera del establecimiento reportada por los hombres privados de la libertad en el EPC La Paz de Itagüí, Antioquia (2012)

Profesional	Consultó-solicitó		Fue atendido		Dentro del establecimiento	IPS asignada por la EPS	IPS particular
	Si %	No %	Si %	No %	%	%	%
Especialista	9,2	77,8	22,2		19	52,4	28,6
Médico G.	33,4	98	2		91,7	7,3	3,1
Odontólogo	17,7	96,2	3,8		94	0	6
Enfermera	19,1	96,4	3,6		98,1	1,9	0
Otros	20,5	93,3	6,7		96,4	7,1	1,8
Total	100	94,5	5,5		88,8	8,3	4,7

Fuente: Encuesta a 126 privados de la libertad del centro penitenciario.

De conjunto, el 64,3% de la falta de atención se dio al momento de acudir a los servicios dentro del establecimiento y el 35,7% restante cuando dicha solicitud se hizo ante la IPS asignada por la EPS. Las principales razones por las cuales no recibieron la atención médica están relacionadas con no haber podido conseguir la cita y la excesiva demora para su programación, seguidas de la no inclusión del servicio en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y la falta de suministros médicos. De hecho, el tiempo promedio en la programación de citas fue de 6,6 días para medicina general, 18,5 días para odontología y 89,5 días para especialista.

El suministro de los medicamentos recetados se hizo efectivo en un 57,6% de los casos. Al 20,3% le entregaron parcialmente sus medicamentos y al 22,1% la negación fue total. En el 60% de los casos no se entregaron medicamentos ni suministros parciales debido a que no se contaba con ellos; en el 20% de los casos, a que no estaban incluidos en el POS. En el 48% de los casos de negación total o parcial de medicamentos por parte de la IPS, los privados de la libertad finalmente no tuvieron ninguna vía de acceso a ellos. Buena parte del 52% restante debió acudir a recursos propios y ayuda de los familiares.

Respecto a las ayudas diagnósticas, el 40,6% de los privados de la libertad declara que la IPS no se los realizó en absoluto. Al 59,4% restante se los realizaron total o parcialmente. La no disponibilidad de citas y la no inclusión en el POS fueron las razones principales de la total negación de estas ayudas diagnósticas.

El 26% de quienes la IPS les negó este servicio tuvo la opción de acceder por vía del establecimiento carcelario, los recursos propios y la ayuda de familiares. El 74% restante no tuvo ninguna opción de acceso a las ayudas diagnósticas.

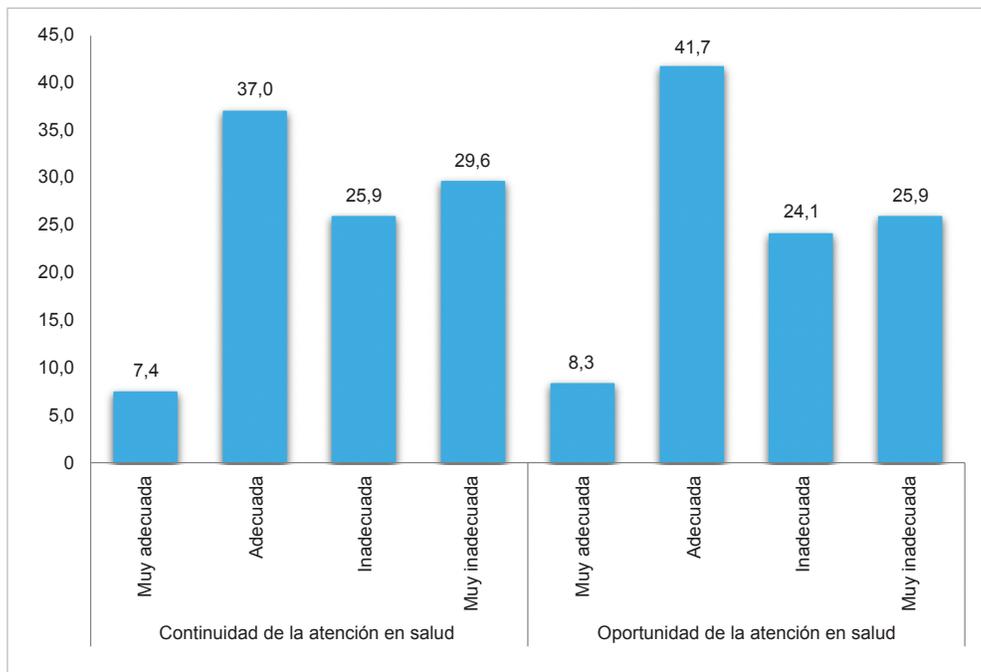
Conforme con lo observado en el Figura 1, el 50% o más de los privados de la libertad califican como inadecuada y muy inadecuada la continuidad y la oportunidad de la atención en salud. Bastante más grave resulta la calificación que hacen los privados de la libertad de la integralidad de la atención: el 60,2% la considera inadecuada y muy inadecuada (Figura 2). Contrasta con lo anterior el alto porcentaje de privados de la libertad que califica como adecuado y muy adecuado el trato recibido por el personal de salud.

En cuanto a la calidad de la atención recibida, en términos relativos, los servicios que mejor califican los privados de la libertad son los de odontología, especialista, hospitalización y otros (Tabla 4). En relación con la calidad de los servicios de medicina general y urgencias, en su orden el 24% y el 37% de los privados de la libertad la califican como mala y muy mala. Los servicios de ayudas diagnósticas son los peor calificados en cuanto a su calidad.

Las razones más relevantes de esta percepción negativa de la calidad de los servicios se relacionan con las deficiencias en la infraestructura, trámites excesivos y mala atención por parte del personal administrativo y asistencial. De hecho, cerca del 80% y el 97% de los privados de la libertad considera insuficiente o no disponible los servicios de medicina general y especialista. Respecto a la suficiencia de servicios de enfermería y odontología, una valoración similar es reportada en su orden por el 54% y el 61% de los privados de la libertad.

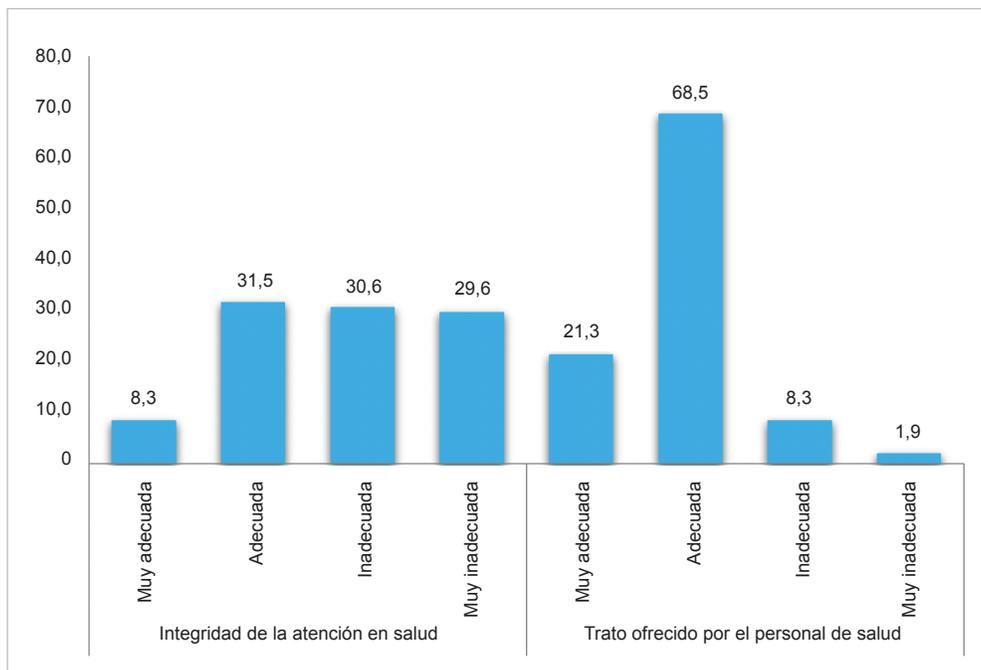
En cuanto a información en salud, solo el 12% de los privados de la libertad declara que la misma les es suministrada por el establecimiento o por la EPS a la cual están afiliados. En este sentido, resulta bastante revelador el hecho de que solo el 27% de los privados de la libertad afirma tener información sobre el derecho a la salud.

Figura 1. Continuidad y oportunidad en la atención en salud reportadas por los hombres privados de la libertad en el EPC La Paz de Itagüí-Antioquia 2012



Fuente: encuesta a 126 privados de la libertad del centro penitenciario.

Figura 2. Integralidad en la atención y trato ofrecido por el personal de salud reportado por los hombres privados de la libertad en el EPC La Paz de Itagüí, Antioquia (2012)



Fuente: encuesta a 126 privados de la libertad del centro penitenciario.

Tabla 4. Calificación de la calidad de la atención en salud reportada por los hombres privados de la libertad en el EPC La Paz de Itagüí-Antioquia 2012

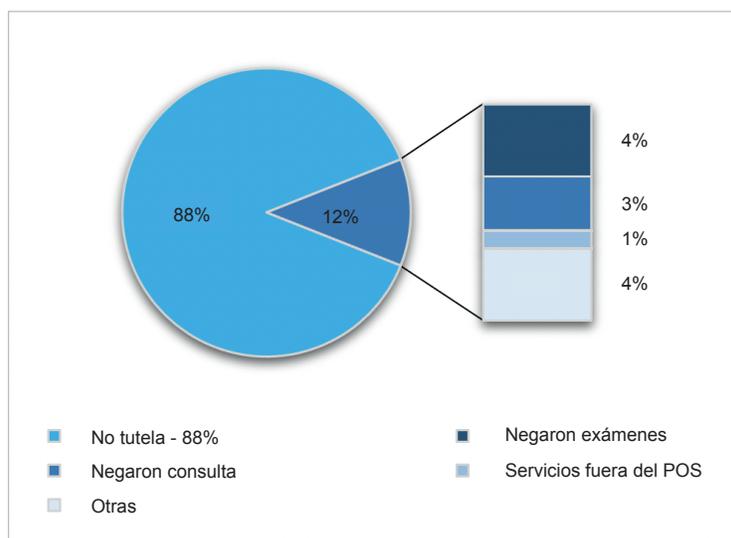
Calidad del servicio	Médico general %	Odontólogo %	Especialista %	Urgencias %	Hospitalización %	Ayudas dx %	Otro %
Muy buena	12	17,6	23,5	3,7	0	0	0
Buena	64	78,4	70,6	59,3	85,7	50	100
Mala	11	2	0	29,6	14,3	0	0
Muy mala	13	2	5,9	7,4	0	50	0
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta a 126 privados de la libertad del centro penitenciario.

Por razones de negación de servicios de consulta médica y exámenes de diverso tipo, así como por haber solicitado servicios por fuera del POS, el 12% de los privados de la libertad declara haber tenido que recurrir a la acción de tutela (Figura 3). El 46,7% de estos afirmó que el fallo fue a su favor y logró que efectivamente lo atendieran. Un 20% dice que, pese a que los jueces fallaron a su favor, no

logró que lo atendieran. El 13% informó que la tutela se encontraba en trámite en primera instancia.

Finalmente, solo el 15,7% de los privados de la libertad declaró que su salud mejoró luego de haber sido atendido por el último problema de salud reportado. El 51,4% dijo que su salud permaneció igual y el 32,9% afirmó que su salud empeoró.

Figura 3. Acciones de tutela en salud, según motivo, impuestas por los hombres privados de la libertad en el EPC La Paz de Itagüí, Antioquia (2012)

Fuente: encuesta a 126 privados de la libertad del centro penitenciario.

DISCUSIÓN

En general, los privados de la libertad de este establecimiento penitenciario conforman una población relativamente joven, con bajos niveles de educación, perteneciente mayoritariamente al estrato bajo y con grandes limitaciones de inserción en el mundo del trabajo.

De ellos, el 74,8% pertenecían a un estrato socioeconómico bajo. Este porcentaje es mayor al de las mujeres privadas de la libertad en la reclusión de mujeres El Buen Pastor de Medellín en 2009 (1), quienes en un 69% provenían de ese mismo estrato. Esta situación reafirma lo planteado por un informe de la Organización de las

Naciones Unidas (19) donde se describe que las personas privadas de la libertad en los establecimientos carcelarios pertenecen principalmente a los sectores más vulnerables de la sociedad, con grandes dificultades para acceder a servicios básicos.

En cuanto al aseguramiento en salud, la privación de la libertad en estos lugares representa un factor de deterioro o modificación de su perfil de afiliación al sistema de salud, pues buena parte de ellos pierde su afiliación al RC y por tanto solo les queda la opción de ser afiliados al RS.

Aunque a la fecha estos dos regímenes garantizan el mismo POS a sus afiliados, en el año 2012, cuando se realizó el estudio, había una importante diferencia entre los

servicios que se ofrecían en cada uno de esos regímenes, siendo bastante inferior el paquete de servicios del RS.

En este aspecto del aseguramiento en salud, los resultados de este estudio contrastan con los de las mujeres de El Buen Pastor de Medellín en 2009 (16), a quienes la privación de la libertad les modificó su afiliación en salud en forma distinta, pues, antes de ser privadas de la libertad, el 58,5% de ellas estaba afiliado al RS y el 23,2%, al RC. Durante la privación de la libertad esos porcentajes disminuyeron al 51,8% y 15,9%, respectivamente.

El contraste entre los resultados de estos dos estudios puede obedecer a un asunto de género, ya que la vinculación al mundo del trabajo entre mujeres y hombres es diferente y de ello depende la afiliación a uno u otro régimen. Asimismo, cabe anotar que, aunque hubo cambios en la afiliación en ambos estudios, fue más sutil en el caso de las mujeres que en el de los hombres, pues en el caso de los privados de la libertad de Itagüí el aumento de la proporción afiliada al RS después de la privación de la libertad es bastante notoria, al pasar del 39,2% al 85%. En todo caso, esta última proporción de privados de la libertad asegurados en el RS incluye a aquellos que antes de la privación de la libertad no contaban con ninguna afiliación al sistema de salud (22,5%).

Por obvias razones, los resultados muestran que una alta proporción de estos privados de la libertad percibe su estado de salud como regular o malo, pese a que expresaron haber tenido fuertes necesidades de atención médica, con poca incidencia de enfermedades crónicas. Mientras en este estudio el 56% de los privados de la libertad consideró su estado de salud como bueno o muy bueno, en el mismo año 2012 el 70% de los ciudadanos de Medellín lo consideran de esta manera (20).

También es notorio en este grupo de privados de la libertad que, frente a sus necesidades de atención en salud, aún es alta la proporción de quienes no buscan el servicio de los profesionales de salud y prefieren no hacer nada o auto-medicarse. Lo anterior, conforme a otros estudios que muestran que las personas no buscan atención en salud porque consideraban su problema como un caso leve, o por haber tenido malas experiencias en atenciones previas, o bien porque consideran que existen muchos trámites para acceder a las citas médicas (16,21). Particularmente, hay estudios que indican que la mala atención del personal médico resulta un factor determinante para la no asistencia a un servicio de salud (22). Lo anterior también influye en la percepción negativa que tienen los privados de la libertad en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

De otro lado, pese a que es baja la negación de servicios de atención médica, se observan de conjunto fuertes barreras de acceso a medicamentos y exámenes de diagnósticos,

asociadas a la no disponibilidad de esos medicamentos o de las citas requeridas, así como a largos períodos de espera, frente a lo cual los privados de la libertad se ven obligados a recurrir a la ayuda de sus familiares o al gasto directo de bolsillo.

Como era de esperarse, en este estudio buena parte de los privados de la libertad cuestiona la calidad en la prestación de los servicios de salud, aduciendo trámites excesivos, condiciones deficientes de la infraestructura y mala atención del personal asistencial y administrativo, lo cual se corresponde con los distintos informes de la Defensoría del Pueblo (11-14).

Por último, aunque en poca proporción, los privados de la libertad de este centro penitenciario hacen uso de la acción de tutela para hacer efectivo su derecho a la salud. En este asunto del derecho a la salud, un alto porcentaje de los privados de la libertad expresan su desconocimiento, que se refleja en los informes de la Defensoría del Pueblo (23).

Finalmente, otras entidades encargadas de velar por el cumplimiento y respeto de los derechos de las personas que se encuentran privadas de la libertad en establecimientos carcelarios, aducen que el Estado debe garantizar el derecho a la salud en las prisiones, ya que en ellas las condiciones son bastante adversas, no obstante las intenciones gubernamentales de mejorar y humanizar el sistema de salud penitenciario (24).

En efecto, en Colombia, desde el año 2010 hasta el año 2016, se han dictado una serie de medidas normativas que han modificado de distintas maneras la responsabilidad de la prestación de servicios a las personas privadas de la libertad. En este sentido, en 2012 mediante Decreto 2496 (25) se derogaron los Decretos 1141 de 2009 y 2777 de 2010. Así mismo, en 2015 mediante el Decreto 2519 se ordenó la liquidación de Caprecom. Con la reciente reforma al código penitenciario y carcelario, se creó el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, que pretende facilitar lo concerniente a la prestación de servicios de salud en esta población.

Finalmente, se espera entonces que con la expedición de los Decretos 1069 de 2015 y 2245 de 2015 (26,27) y demás normas complementarias se logre superar la experiencia negativa de esta población en cuanto al acceso a los servicios de salud ♦

Agradecimientos: Los investigadores agradecen al Comité de Investigaciones CODI de la Universidad de Antioquia y al Fondo de Apoyo a la investigación docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por la financiación del proyecto. Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a las directivas de la Regional Noroeste-Antioquia del INPEC, a las directivas y a los privados de la libertad participantes del centro penitenciario.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. INPEC. Informe Estadístico nro. 7 Julio de 2016 [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2016 [cited 2017 Jul 13]. Available from: <https://bit.ly/3paQOtw>.
2. Gómez I, Llerena C, Zabaleta A. Tuberculosis y tuberculosis farmacoresistente en personas privadas de la libertad. Colombia, 2010-2012. Rev. Salud Pública. (Bogotá) 2015; 17(1):97-105. DOI:10.15446/rsap.v17n1.50937.
3. Corte Constitucional. Sentencia T-153 de 1998 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 1998 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/3p5xkqd>.
4. Corte Constitucional. Sentencia T-608 de 1998 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 1998 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/32oYnml>.
5. Corte Constitucional. Sentencia T-388 de 2013 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2013 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/2UISthP>.
6. Corte Constitucional. Sentencia T-762 de 2015 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2013 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/38rmTqP>.
7. Colombia. Ministerio de Justicia. Concepto Estado de Emergencia Penitenciaria y Carcelaria. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2013.
8. Ministerio de Justicia. Resolución 2390 de 2016, "por medio de la cual se declara el Estado de Emergencia Penitenciaria y Carcelaria en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional del INPEC". Bogotá: Gobierno de Colombia; 2016.
9. Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia. Decreto 1141 de 2009, "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: Gobierno de Colombia; 2009.
10. Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia. Decreto 2777 de 2010, "por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1141 de 2009". Bogotá: Gobierno de Colombia; 2010.
11. Defensoría del Pueblo. Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia [Internet]. Bogotá: Defensoría del Pueblo de Colombia; 2003 [cited 2013 May 20]. Available from: <https://bit.ly/2JKTAoV>.
12. Defensoría del Pueblo. Defensoría delegada para la política criminal y carcelaria. Informe sobre ejecución Decreto 1141 de 2009. Sistema de Seguridad Social en Salud en Centros Penitenciarios y Carcelarios [Internet]. Bogotá: Defensoría del Pueblo de Colombia; 2010 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/35cGb1d>.
13. Defensoría del Pueblo. Décimonoveno informe del defensor del pueblo al Congreso de la República [Internet]. Bogotá: Defensoría del Pueblo de Colombia; 2011 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/219fUbF>.
14. Defensoría del Pueblo. Vigésimo segundo informe del defensor del pueblo al Congreso de la República [Internet]. Bogotá: Defensoría del Pueblo de Colombia; 2014 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/2lkgWBp>.
15. 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 [cited 2017 Jul 9]; 28(2):132-40. Available from: <https://bit.ly/3eHizoP>.
16. Mejía LM, Hernández, J, Nieto E. Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de las internas e hijos convivientes en el centro de reclusión para mujeres El Buen Pastor de Medellín, 2009. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2011; 10(20):121-37. Available from: <https://bit.ly/32pin8M>.
17. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud" [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 1993 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/2U9BM9e>.
18. 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.
19. Organización de las Naciones Unidas/ONU. Centros de Reclusión en Colombia: un Estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos. 2001. [Internet]. [cited 2012 Jun 13] Available from: <https://bit.ly/2Ua51Zq>.
20. Medellín Cómo Vamos. Medellín cómo vamos: salud [Internet]. Medellín: Medellín Cómo Vamos; 2012 [cited 2012 Nov 20]. Available from: <https://bit.ly/2lkQWWc>.
21. Medellín Cómo Vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana, Medellín 2011: Salud y Medio Ambiente [Internet]. Medellín: Medellín Cómo Vamos; 2012 [cited 2012 Nov 20]. Available from: <https://bit.ly/2GGEdN8>.
22. Tirado AF, Correa ME. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina. 2010; 11(18):24-35. DOI:10.33132/01248146.221.
23. Defensoría del Pueblo. Decimotercero Informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República; 2012 [cites 2012 Sept 15]. Available from: <https://bit.ly/3eF5QTK>.
24. Observatorio venezolano de prisiones. Informe sobre los derechos humanos y debido proceso de las personas privadas de la libertad en 10 centros penitenciarios, Venezuela 2009. Venezuela: Observatorio venezolano de prisiones; 2010 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/2UbodG1>.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2496 de 2012, "por el cual se establecen normas para la operación del aseguramiento en salud de la población reclusa y se dictan tras disposiciones" [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2012 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/3eEr4kt>.
26. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 1069 de 2015, "por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector justicia y del derecho" [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2015 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/359JPhc>.
27. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 2245 de 2015 "por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)." Bogotá: El Ministerio; 2015 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://bit.ly/3n0JONQ>.