



4º Encontro Internacional de Política Social
11º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:
desafios à Política Social
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Direitos humanos, segurança pública e sistema jurídico.

MENDIGANDO SALUD: PROBLEMÁTICA DE ATENCIÓN EN SALUD- PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

Elsa Carolina Giraldo Orejuela¹

Resumen

Se realiza un repaso por la problemática carcelaria latinoamericana, la fundamentación teórica de las políticas sociales colombianas y la política social en salud para las personas privadas de la libertad. Se propusieron como objetivos, describir las características de la política social de salud para reclusos y establecer si hay cumplimiento o no de la misma por parte del gobierno, para lograrlos se usó la metodología documental, analizando artículos, legislación, revistas y periódicos, concluyendo el fracaso que ha sido la política de salud propuesta por el gobierno para la atención de las personas privadas de la libertad.

Palabras clave: Atención en salud. Personas privadas de la libertad. Política social. Fondo de Atención en Salud de Personas Privadas de la Libertad.

IMPLORANDO SAÚDE: PROBLEMÁTICA DA ATENÇÃO EM SAÚDE- PESSOAS PRIVADAS DA LIBERDADE.

Resumo

Se faz um repasso pela problemática carcerária na América Latina, a fundamentação teórica das políticas sociais colombianas e a política social em saúde das pessoas privadas da liberdade. Como objetivos se tem a descrição das características da política social em saúde dos réus e o cumprimento ou não cumprimento da mesma pelo governo, para alcança-os fiz uso da metodologia documental, analisando artigos, legislação, revistas, jornais e queijas dos réus, o que levo a conclusão do fracasso da política social em saúde proposta pelo governo para atenção em saúde das pessoas privadas da liberdade.

Palavras chave: Atenção em saúde. Pessoas privadas da liberdade. Política social. Fundo de Atenção em Saúde das Pessoas Privadas da Liberdade.

INTRODUCCIÓN

Por medio de la presente investigación se pretende mostrar como viene siendo planificada y aplicada la política social en salud para las personas privadas de la libertad en Colombia. El primer objetivo es describir las características particulares de esta política, ya que estas personas tienen una relación de especial de sujeción con el Estado, es decir que sus

¹ Abogada de la Universidad Libre, Colombia. Estudiante de Maestría en Política Social de la Universidade Federal de Espirito Santo, Brasil. Bolsista CAPES. Correo electrónico: <carog1144@gmail.com>.

[...] relaciones jurídico-administrativas caracterizadas por una duradera y efectiva inserción del administrado en la esfera organizativa de la Administración, a resueltas de la cual queda sometido a un régimen jurídico peculiar que se traduce en un especial tratamiento de la libertad y de los derechos fundamentales, así como de sus instituciones de garantía, de forma adecuada a los fines típicos de cada relación. (LÓPEZ BENITEZ, 1994. p, 161-162)

Como se observa al individuo encontrarse en una relación de especial sujeción tendrá la restricción de acceder a ciertos derechos fundamentales con los que cuenta cuando su libertad física (derecho que se restringe) no ha sido coartada.

La Corte ha clasificado sus derechos fundamentales en tres categorías: (i) aquellos que pueden ser suspendidos, como consecuencia de la pena impuesta (como la libertad física y la libre locomoción); (ii) aquellos que son restringidos debido al vínculo de sujeción del recluso para con el Estado (como derechos al trabajo, a la educación, a la familia, a la intimidad personal); y (iii) derechos que se mantienen incólumes o intactos, que no pueden limitarse ni suspenderse a pesar de que el titular se encuentre sometido al encierro, dado a que son inherentes a la naturaleza humana, tales como la vida e integridad personal, la dignidad, la igualdad, *la salud* y el derecho de petición, entre otros. (COLOMBIA, 2013. p, 1).

Cabe destacar que el derecho a la salud es inviolable, universal y debe continuarse su cumplimiento a pesar de la condición de pérdida de la libertad del individuo y como en este caso la persona no cuenta con los recursos o medios suficientes para proveerse por cuenta propia el acceso al Sistema General de Salud en Colombia, es obligación del Estado hacerse cargo del mismo y brindarle la atención medica básica, especializada y de urgencias cuando sea necesario.

En múltiples ocasiones la Corte Constitucional mediante “[...] la jurisprudencia constitucional ha reiterado que el Estado tiene un deber de solidaridad respecto de las personas que se encuentran bajo su potestad [...]” (COLOMBIA, 2013. p, 2), pues se encuentran en un estado de indefensión, sometidos por el Estado, el cual les impide valerse por sí mismos.

El segundo objetivo del artículo es determinar si la política de salud establecida por el Estado para las personas privadas de la libertad está siendo aplicada de manera exacta a lo planteado en la legislación o si por el contrario, aquella política está siendo violada.

Para alcanzar estos dos objetivos se realizó una investigación documental, donde se hizo búsqueda de la legislación vigente que se encarga de regular la atención en salud de los individuos que se encuentran bajo custodia del Estado por privación de la libertad, se hace un análisis de la misma y se detallan los puntos claves y características

peculiares de esta política de salud frente a la política de salud de los individuos que gozan de libertad.

En segundo lugar se realizó una búsqueda en revistas, periódicos, redes sociales, blogs en internet para verificar el cumplimiento de esta legislación, determinando mediante denuncias de los reclusos, investigaciones periodísticas, entre otros, si la norma se aplica o no en la realidad.

A lo largo de este documento académico se encontrará en primer lugar con una contextualización de la problemática carcelaria y penitenciaria en Colombia y América Latina, con el fin de que el lector observe cuan grave es la situación actual. A seguir se mostrará la legislación que rige la atención en salud de las personas privadas de la libertad y su respectiva caracterización en el marco de las políticas sociales colombianas, en el siguiente punto se encuentra el análisis casuístico recolectado en internet para mostrar un comparativo de lo que dice la norma con lo que muestra la realidad. Finalmente en las conclusiones encontraremos un breve recorrido por cada ítem y se determinará si realmente existe una política social en salud diferenciada para los individuos privados de la libertad y si está funcionando correctamente.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA DE HACINAMIENTO CARCELARIO EN AMÉRICA LATINA Y COLOMBIA.

La problemática del hacinamiento, término definido por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en su informe estadístico de noviembre de 2015, como la “[...] cantidad de personas privadas de la libertad en un espacio o centro de reclusión determinado en número superior a la capacidad del mismo [...]” (COLOMBIA, 2015a, p. 9), no es un problema que se presenta exclusivamente en Colombia y por el contrario la mayoría de países de América Latina se puede vislumbrar la sobrepoblación en sus centros de reclusión:

Tabla 1. Tasa de sobrepoblación en centros de reclusión de América Latina²

País	Capacidad de internos	Población reclusa	Tasa de sobrepoblación (%)	Datos del año	Detenidos por cada 100.000 habitantes
Argentina	64.414	64.228	-0,29	2013	154
Bolivia	4.884	14.587	198,67	2014	134
Brasil	376.669	607.731	61,34	2014	301
Chile	41.034	43.240	5,38	2015	242
Colombia ³	78.044	121.296	55,4	2015	251
Costa Rica	9.791	17.440	78,12	2014	352
Ecuador	22.635	25.902	14,43	2013/ 2014	162
El Salvador	8.490	31.433	270,24	2014/ 2015	489
Guatemala	6.809	19.021	179,35	2014/ 2015	121
Honduras	8.625	16.331	89,34	2014	196
México	202.896	255.138	25,75	2015	212
Nicaragua	4.742	9.800	106,66	2010/2013	160
Panamá	13.910	15.508	11,49	2015	392
Paraguay	6.637	10.949	64,97	2014	158
Perú	32.250	74.486	130,96	2015	239
República Dominicana	14.321	24.832	73,40	2015	233
Uruguay	9.195	9.632	4,75	2014	282
Venezuela	19.000	55.007	189,51	2014	178

Fuente. Internacional Centre for Prison studies- Informe estadístico de noviembre 2015

INPEC

² Información obtenida del Internacional Centre for Prison studies (ICPS) disponible en: <<http://www.prisonstudies.org>>, acceso el 3 de noviembre de 2015. El instituto recolecta la información de las entidades penitenciarias y carcelarias de cada país, las acomoda a manera de estadística para facilidad de encontrar en un solo lugar toda la información sobre centros de reclusión en el mundo. Es importante realizar las siguientes aclaraciones respecto a la información que se encuentra en la Tabla 1: a. la información respecto al número de personas privadas de la libertad en Argentina, Brasil, Ecuador y Venezuela no incluye los menores de edad pues ellos son competencia de otro ente estatal; b. el número de población reclusa de Bolivia, Chile, Costa Rica, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana corresponde a aquellos que se encuentran bajo la responsabilidad de una autoridad de orden nacional y c. Colombia, El Salvador, Honduras y Uruguay se caracterizan porque estos países se encajan en los ítems a y b al mismo tiempo.

³ Los datos correspondientes a Colombia fueron extraídos del informe estadístico del INPEC del mes de noviembre de 2015 (COLOMBIA, 2015), última actualización de la información.

De los 19 países seleccionados de América Latina⁴ solo uno, Argentina, que representa el 5,3% del total de los países, no presenta hacinamiento carcelario, pero se encuentra muy cerca del límite total de ocupación de sus centros de reclusión. Teniendo en cuenta que la información estadística obtenida es del 2013 y no se encontraron datos oficiales recientes es posible que a la fecha existan cambios, presentando sobrepoblación o disminución en el número de personas reclusas. Los otros 18 países que representan el 94,7% del total de países escogidos cuentan con problemas de hacinamiento en sus centros de reclusión ya sea en baja o en alta proporción.

Lo que demuestra la información es que la tendencia al encarcelamiento en los países latinoamericanos es de crecimiento. Carranza (2012) y Del Olmo (2002) muestran un panorama de lo que está ocurriendo en nuestra región. Problemas de estructura y equipamientos, errores de selección, preparación y seguimiento a la labor del personal que maneja y custodia las prisiones, problemas de seguridad tanto para el personal como para los internos, es una reproducción de lo que sucede fuera de las paredes de los presidios, violación de derechos humanos para todos aquellos que hacen parte del sistema, trabajadores e internos, esta situación se ha observado durante las cinco últimas décadas en estos países y se hizo más grave en 1990. (CARRANZA, 2012).

La Organización de la Naciones Unidas (ONU) en las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos (1955, não paginado) estableció en el numeral octavo que “Los reclusos pertenecientes a categorías diversas deberán ser alojados en diferentes establecimientos o en diferentes secciones dentro de los establecimientos, según su sexo y edad, sus antecedentes, los motivos de su detención y el trato que corresponda aplicarles[...]”, regulación que claramente está siendo violada por estos países toda vez que su incapacidad estructural le impide acatar el ordenamiento. Igualmente por la ineficiencia de los sistemas judiciales gran parte de la población reclusa en centros de detención no tiene una condena (CARRANZA, 2012; DEL OLMO, 2002), es decir que aún se encuentra en curso su proceso, lo que conlleva al incremento del volumen de

⁴ De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la lengua española (RAE) Latinoamérica es el “[...] nombre que engloba el conjunto de países del continente americano en los que se hablan lenguas derivadas del latín (español, portugués y francés), en oposición a la América de habla inglesa” (2015, não paginado). De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) los países de América Latina son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (2015). De los 20 países el único que no se incluyó fue Cuba por no contar con datos oficiales de este país.

personas en los centros de reclusión, ya que muchos de estos podrían estar en proceso desde la libertad o en detención domiciliaria.

Otro gran problema es el control de los centros de reclusión por parte de los internos pues el personal a parte de no estar suficientemente capacitado, en número es inferior al de reclusos, lo que impide que puedan ejercer total control y autoridad sobre los detenidos (CARRANZA, 2012; ADORNO, SALLA, 2007).

En conclusión, América Latina afronta una crisis penitenciaria y carcelaria debido a la manera como se ha venido manejando el sistema y las políticas internas de cada país. La incursión del narcotráfico en la región a finales de 1980 y el desenfrenado afán estatal de combatir esta problemática mediante la llamada “guerra de las drogas” influyó enormemente en el aumento de la criminalización de la población, ya que en lugar de invertir en políticas sociales de educación y acceso al trabajo, se dedicó a combatir con ejército, penas fuertes, criminalización de la población más vulnerable, que desencadenó en la amplitud de las brechas de desigualdad (CARRANZA, 20012; MONROY HERNANDES, 2014).

2. EL ACCESO A LA SALUD UN DERECHO O UNA UTOPIA: OBSERVACIÓN DE LA LEGISLACIÓN EN SALUD Y LA REALIDAD DE APLICACIÓN PARA LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

2.1 MODELO DE POLÍTICAS SOCIALES ADOPTADO POR COLOMBIA.

El primer artículo de la Constitución Política de Colombia (CN) expresa: “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada [...] fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”, (COLOMBIA, 1991, não paginado), uno de los objetivos esenciales es “[...] garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución [...]”(COLOMBIA, 1991, não paginado), y es por medio de sus instituciones que el Estado debe asegurar la protección de los ciudadanos y hacer cumplir la regulación y disposición constitucional y legal.

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo,

raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. (COLOMBIA, 1991, não paginado).

De acuerdo con Romero (1998. p, 37) “[...] el Estado social se responsabiliza por la procura existencial [...]”, es decir, “[...] el hombre desarrolla su existencia en un ámbito constituido por un conjunto de situaciones, bienes y servicios [...]” (ROMERO, 1998. p, 37), es a esta idea que se acogió el Estado colombiano al declararse como Estado Social de Derecho, por lo tanto debería tomar acciones concretas que aseguren la efectiva realización de la procura existencial, Romero (1998. p, 38) plantea algunas como: a. “Desarrollar todo tipo de sistemas complejos dirigidos a expandir al máximo la vida humana en la civilización de nuestro tiempo.”, b. “Asegurar los distintos aspectos vitales de la sociedad”, c. “Realizar una serie de prestaciones sociales” las cuales deben ser principalmente: fijar un salario mínimo vital, ocupar a todos los individuos en edad laboral en puestos de trabajo, encargarse del sostenimiento de aquellos individuos en incapacidad permanente o temporal para laborar y acceso a la cultura y los sistemas de salud y seguridad.

Sin embargo a pesar de lo planteado por la Constitución, se puede observar que en la práctica, Colombia ha dejado de lado los objetivos de un Estado Social de Derecho, desatendiendo las necesidades básicas de la población en materia de salud, educación, asistencia, alimentación, habitación, entre otras, incumpliendo la norma de normas, pasando a un Estado penal, donde priman la coacción, el miedo y la represión, junto a políticas criminales que se caracterizan por ser selectivas, castigar conductas sociales y criminalizar la pobreza (CARDENAS PACHECO; GONZALEZ FELIX, 2015; SARMIENTO ANZOLA).

Las Políticas Sociales pueden ser definidas como “[...] el diseño y la ejecución programada y estructurada de todas aquellas iniciativas adoptadas para atender una serie de necesidades consideradas de básicas para la población [...]” (ROMERO, 1998. p, 34), las cuales se determinan por las necesidades internas de cada país y sus particularidades. Estas se asocian a una corriente política, ya sea marxista o liberal principalmente y en Colombia claramente aplica la corriente liberal.

En esta corriente prima la libertad individual frente a la igualdad, pues se considera que con la libertad el individuo puede realizar todo aquello que se proponga para proveer lo que él necesita, con esa libertad puede conseguir la igualdad frente a otros individuos, en esta corriente la asistencia del Estado solo aparece para aquellos incapaces de trabajar o que se encuentran en condiciones de extrema pobreza, es decir que se cuenta con políticas selectivas. (MARTINEZ DE PISÓN, 1998; COIMBRA, 1987)

Colombia muestra clara y abiertamente que sus políticas sociales son de carácter liberal pues la educación, la salud, la previdencia, que son derechos fundamentales que deberían ser cubiertos por el Estado de manera universal y gratuita para todos los individuos han sido privatizados y solo se ofrecen de manera excepcional para la población que se encuentra en situación de miseria total y de manera bastante precaria.

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) actualmente Colombia cuenta con 48.203.405 habitantes en su territorio (COLOMBIA, 2015) de los cuales 169.563 para noviembre de 2015 se encuentran privados de la libertad bajo la custodia y responsabilidad del INPEC (COLOMBIA, 2015a). El restante de población en situación de reclusión se encuentra dividida entre Establecimientos Municipales 3.006 y Establecimientos de la fuerza pública 2.123 (COLOMBIA, 2015a).

2.2 DELIMITACIÓN JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD.

En 1991 Colombia vivió un proceso de cambio y transición de su Constitución Política y en el marco de los derechos fundamentales no quedó consagrado el derecho a la salud como uno de ellos, por el contrario fue establecido en el artículo 48 de la Carta Magna el derecho a la seguridad social (en el cual se encuentra el derecho a la salud) y en el artículo 49 de la misma, en el conjunto de los derechos sociales, económicos y culturales, dejando de lado la relevancia e importancia del derecho a la salud, relegándolo a un segundo plano, concibiéndola simplemente como servicio público y obligatorio, aunque de público no tiene nada y de obligatorio tampoco, ya que para acceder a los servicios de salud es necesario que las personas que se encuentren laborando realicen aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y solo

aquellos que no cuentan con ingresos pueden acceder de manera gratuita y precaria a la atención en salud.

Más de dos décadas después, debido al problema que se presentaba en la atención básica, media, urgente y especializada de salud, el Congreso de Colombia decidió implementar una ley estatutaria para declarar el derecho a la salud como fundamental.

Mediante la ley 1751 del 16 de febrero de 2015 se declaró el derecho a la salud como fundamental, en la misma se establecen los mecanismos de protección y su carácter de irrenunciable, a su vez las responsabilidades y deberes que tiene el Estado para con los individuos en el acceso efectivo y universal del sistema de salud.

2.3 NORMATIVIDAD ESPECÍFICA PARA LA APLICACIÓN DE POLÍTICA SOCIAL EN SALUD PARA PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

2.3.1 Ley 63 de 1995 reformada por la Ley 1709 de 2014.

El Código Penitenciario y Carcelario de Colombia, el cual fue establecido mediante la ley 65 de 1993, es el encargado de dictar toda la normatividad en referencia al manejo, dirección y tratamiento de las personas privadas de la libertad. En el Título IX SERVICIOS DE SANIDAD, se encuentra establecido el marco legal para la aplicación de la política de salud en las personas privadas de la libertad, dicha normatividad fue modificada en el año 2014 por la Ley 1709, en este ítem se hará un desglose de las características de la política social en salud para las personas privadas de la libertad y de cómo el gobierno ha trabajado o no en la implementación y cumplimiento.

Los artículos 104 a 106 del Código Penitenciario Carcelario son los de nuestro interés para el análisis de la aplicación de política social en salud para la población que se encuentra privada de su libertad y está a cargo del INPEC.

El artículo 104 establece el Acceso a la Salud, en el reza que este es un derecho fundamental y toda persona privada de la libertad tiene el mismo derecho que los individuos libres de la sociedad a ser beneficiarios de un sistema de salud, se debe garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento de cualquier afección física o mental que pueda sufrir alguno de los internos. Debe garantizarse la aplicación de tratamientos

médicos, quirúrgicos o psiquiátricos que sean indispensables para la recuperación del individuo, sin necesidad de presentar acción legal o que medie una orden judicial. Debe existir asistencia médica básica y de urgencias en todos los centros de reclusión del país.

Por su parte el artículo 105 nos habla específicamente del Servicio Médico Penitenciario y Carcelarios, aquí ordena al Ministerio de Salud y protección Social y a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) el diseño, implementación y correcto funcionamiento de un modelo exclusivo de servicios de salud para las personas privadas de la libertad, el cual debe contar con características diferenciadas y perspectivas de género, cumpliendo una atención integral para estos individuos.

Establece la creación del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad “[...] como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, el cual estará constituido por recursos del Presupuesto General de la Nación” (COLOMBIA, 2014. sp).

En el artículo 106 se estableció el tratamiento especializado que debe darse a aquellas personas que sean portadores del VIH o enfermedades infectocontagiosas o terminales, si es necesario la apertura de pabellones especiales para su protección y/o la protección del resto de población carcelaria, está permitido por la ley (COLOMBIA, 2014), mostrando esto como una política de segregación y rechazo a una población doblemente vulnerable por su condición de pérdida de libertad y de enfermedad grave o terminal.

De acuerdo a lo establecido en la reforma legal, la creación del Fondo y el diseño de la política especial debían darse dentro del año siguiente a la promulgación de esta ley, es decir hasta el 20 de enero de 2015, sin embargo sólo hasta finales del año 2015 se expidieron normatividades que dieron vida tanto al Fondo como al Modelo de Atención en salud y en este momento se encuentran en proceso de implementación, es decir que existe una deuda temporal de casi un año en la expedición de la normatividad, causando perjuicios para la población carcelaria.

2.3.2 Decreto 2245 de 2015.

El día 24 de noviembre de 2015 mediante el Decreto 2245 de 2015 se creó el Fondo Nacional de Salud para las Personas Privadas de la Libertad. En esta normatividad se establecen los principios que rigen la atención en salud de las personas

privadas de la libertad, tales como dignidad humana, pro-hómone, accesibilidad, corresponsabilidad, continuidad e integralidad, eficiencia, universalidad, enfoque diferencial, algunos de los cuales ya se encontraban establecidos por la ley estatutaria de salud promulgada en 2015, repitiendo simplemente la obligatoriedad del acceso al derecho y la irrenunciabilidad del mismo por parte del reo.

El Decreto a su vez establece como debe sostenerse financieramente el Fondo y que el 90% del capital debe ser estatal, el presupuesto del Fondo será utilizado para contratar los servicios de salud mural y extramural de los individuos privados de la libertad, servicios de ayuda terapéutica complementares para el tratamiento médico, la consecución de tecnologías que apoyen los procesos de atención en salud, contratación de supervisión médica, inversión en programas de prevención médica, entre otros.

Se establecen las funciones y responsabilidades del INPEC y de la USPEC frente al adecuado funcionamiento del Fondo, a su vez se manifiesta la forma de recolección, manejo y actualización de la información de los presos frente a temas de salud.

En la sección final esta normatividad establece que la USPEC y el Ministerio de Salud y la Protección social deberán diseñar el Modelo de Atención en Salud y repite las condiciones del mismo que habían sido planteadas en la reforma que se realizó al Código Penitenciario y Carcelario. El modelo fue dado a conocer 6 días después de la promulgación de la norma en análisis, mediante resolución expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.3 Resolución 5159 de 2015.

Mediante la Resolución 5159 del 30 de noviembre de 2015 el ministerio de Salud y protección Social dio vida al Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC, el cual fue diseñado junto a la USPEC “El Modelo incluye todas las fases de la prestación de servicios de salud para la población privada de la libertad, como son la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad” (COLOMBIA, 2015c). Tiene como principal objetivo establecer la forma como va a brindarse la atención en salud a las personas privadas de la libertad, el cual tiene un enfoque diferenciado de acuerdo a las condiciones de salud física y psicológica de los

internos, tendrá como principal objetivo la prevención, evitando así la propagación de enfermedades infecto contagiosas, pues por la estructura de los presidios son constantes.

La atención en salud será tanto intramuros como extramuros. Igualmente cada establecimiento carcelario y penitenciario deberá contar con una unidad de atención primaria y de urgencias para atender cualquier eventualidad que se presente. Se establece todo el plan de acción en la promoción y prevención en salud y en salubridad pública y la atención diferenciada que recibirán los niños menores de tres años que viven con sus madres en los presidios, los adultos mayores, las mujeres embarazadas y las personas que presenten discapacidad física o enfermedad psicológica.

Tanto el Fondo como el Plan de Atención en Salud deben implementarse paulatinamente y deben estar funcionando en su totalidad dentro de los 8 meses siguientes a su promulgación, es decir que el INPEC y la USPEC tienen plazo hasta julio de 2016 para implementar completamente el nuevo sistema.

2.4 ¿CUENTAN LOS INTERNOS CON UNA ATENCIÓN EN SALUD DIGNA?

Como se observa en el ítem 2.3 la implementación del nuevo modelo de Salud apenas se está dando y todo se debe a que el gobierno incumplió con los plazos establecidos por el legislador en la ley 17009 de 2014.

Sin embargo el Fondo de atención para las personas privadas de la libertad ya firmó su primer contrato el 31 de diciembre de 2015 con la Entidad Promotora de Salud Pública (EPS) en Liquidación Caprecom con el objetivo de brindar atención médica a los internos y no dejarlos desprotegidos, mientras se realiza la implementación del Plan de Atención en Salud, aunque cabe destacar que dicha entidad es la que se ha venido encargando de la salud de presos y no ha demostrado tener la capacidad ni idoneidad para cumplir con su objetivo.

Es tanto así que el 5 de diciembre del año 2015 en el portal de internet www.minuto30.com fue publicada una noticia con el titular “*Tutela de Defensoría del Pueblo protege derechos a la salud de presos en Colombia*”, en la cual muestra como un juzgado de Villavicencio tutela el derecho a la salud de aproximadamente 4.500 presos que se iban a quedar sin atención médica porque Caprecom decidió no atender más a esta población y no gestionó un plan de contingencia, el juez ordena al INPEC y a la entidad prestadora de salud que dentro de 48 horas implemente un plan de atención

médica para los internos y que realicen la atención con especialistas que muchos de ellos requieren.

Con anterioridad la EPS Caprecom ya venía presentando fallas y quejas por parte de la población de internos, quienes solo estaban consiguiendo atención mediante órdenes judiciales vía acción de tutela, el día 4 de febrero de 2014 el Periódico el Heraldo bajo el titular “*Fallo de tutela ordena mejorar la atención en salud a presos en cárceles de Santander*” en la cual muestra la realidad de atención en salud en los centros de reclusión del Departamento de Santander, allí se observa que nuevamente la Defensoría del Pueblo debe intervenir mediante una acción de tutela para proteger los derechos vulnerados a los reclusos, la nota muestra como los presos no reciben atención básica, que no cuentan con servicio de enfermería las 24 horas del día, que la EPS no tiene laboratorio médico para realizar los exámenes pertinentes y establecer posibles patologías, aquí se observa que la definitivamente esta entidad promotora de salud no tiene los recursos técnicos, ni el personal suficiente, que no tiene la capacidad de atención del personal recluido. En la nota se destaca el siguiente comentario “Como uno de los ejemplos preocupantes, la directora de la cárcel de Girón informó el caso de un interno que padece de cáncer y a quien desde octubre del año pasado le ordenaron una cirugía y solo hasta el pasado 8 de enero le hicieron exámenes para programarle la intervención quirúrgica.” (EL HERALDO, 2014, não paginado), Casos como este son constantes, razón por la cual los juzgados se encuentran llenos de acciones de tutelas solicitando a los jueces constitucionales el amparo y protección del derecho fundamental a la salud, para evitar morir dentro de los presidios.

Estos dos ejemplos son solo la base y la punta del problema que es igual en todas las regiones del país. En la red social Facebook, se encontró el testimonio de uno de los presos, retenido en la cárcel de la Picota, en el link https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1518783548420710&id=1408567912775608, se encuentra el relato del 24 de noviembre de 2015, donde narra la muerte de uno de sus compañeros debido a la falta de atención médica oportuna dentro del presidio, y debido al problema estructural con que cuenta el este, en el área de atención en salud, igualmente denuncia la inexistencia de atención de urgencias las 24 horas del día en el establecimiento carcelario y penitenciario ubicado en la ciudad de Bogotá.

Lo que queda en evidencia es que la implementación del Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad debe darse dentro del menor tiempo

posible y bajo condiciones que busquen cumplir sus objetivos, contratando nuevas entidades que cuenten con la capacidad e idoneidad de atención porque de nada sirve implementar nuevos planes si se continúa trabajando con las mismas entidades que han llevado al fracaso y al colapso de la atención en salud de los presos colombiano, tal como el caso de Caprecom, pues es claro que si se sigue haciendo uso de sus servicios el panorama no es muy favorable y por el contrario es la prolongación de una política de muerte y tutelas para acceder al servicio de salud.

Es claro que de nada sirven nuevas legislaciones cuando se continúan con los mismos órganos públicos corruptos que solo se interesan por encontrar un beneficio particular sin pensar en el bienestar general de la población reclusa a lo largo y ancho del país.

3. CONCLUSIONES

Finalizado el recorrido jurídico e histórico de las políticas sociales en Colombia y el análisis de la política social en salud, queda claro que el país adoptó una corriente liberal en la cual da mayor valor a los intereses particulares que a los intereses generales, creando políticas sociales selectivas que segregan y apartan poblaciones. Generando desigualdades y brechas sociales mayores y generando una sensación de odio y resentimiento entre los ciudadanos colombianos.

La política de atención en salud de las personas privadas de la libertad es una muestra de ello pues queda claro que a pesar de ser responsabilidad del Estado hacerse cargo de la atención de esta población poco hace para efectivizar tales derechos y obligaciones a su cargo, pues con legislar y emitir normatividades para implementar nuevos sistemas o modelos no se logra nada sino realiza una intervención real y oportuna en tiempo y necesidades.

El Estado está demostrando su incapacidad para cumplir su labor, dejando en manos de entidades privadas sus obligaciones y sometiendo una población ya vulnerable por su restricción de libertad a tratos indignos y vidas miserable, pues deben mendigar la atención en salud y rogar que mediante una orden judicial puedan acceder a aquel derecho declarado como fundamental el de la SALUD.

Quedó demostrado que la USPEC no está cumpliendo con su papel de brindar una mejor calidad de vida a los reclusos pues al contratar nuevamente con una entidad

como Caprecom, para prestar los servicios de salud de los reclusos, que ha tenido constantes quejas por su negligencia, incapacidad y falta presupuestal por parte de la población que debería ser atendida de su parte, es muestra clara que no atiende con los principios de acceso a la salud, ya que somete a la población detenida a continuar mendigando la salud y a sufrir largas esperas para ser atendidos o esperar que llegue la muerte sin recibir ninguna atención.

Queda clara la necesidad de la aplicación exegética e inmediata del nuevo Modelo de atención en Salud donde primen los intereses y necesidades de los reclusos antes que los intereses particulares de los capitalistas que los prestan.

REFERENCIAS

CARDENAS PACHECO, Angélica Beatriz; GONZALEZ FELIX, Jazmin Esperanza. **Crisis carcelaria y congestión judicial. Consecuencias del populismo punitivo e interpretación expansiva de la norma.** Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, 2015.

COIMBRA, Marcos. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais. *In*: Abranches, S. *et al.* **Política social e combate à pobreza.** Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

COLOMBIA. Congreso de la República. **Ley 65 del 19 de 1993. “Por medio del cual se expide el código penitenciario y carcelario.** Versión digital disponible en: <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0065_1993.html>.

COLOMBIA. Congreso de la República. **Ley 1709 de 2014. “Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones.** Versión digital disponible en: <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1709_2014.html>.

COLOMBIA. **Constitución Política de Colombia 1991.** Versión digital disponible en: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>>.

COLOMBIA. Oficina Asesora de Planeación, Grupo estadística. **INFORME Estadístico Noviembre 2015.** Versión digital disponible en: <<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadisticas/Informes%20y%20Boletines%20Estad%EDsticos/11%20INFORME%20NOVIEMBRE%202015.pdf>>.

COLOMBIA. Ministerio De Salud y Protección Social. **Resolución 5159 De 2015b. 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).** Versión digital disponible en: <https://www.redjurista.com/AppFolders/arboles/Static/2015/12/49713/r_msps_5159_2015.htm#top>.

COLOMBIA. Presidencia de la República. **Decreto 2245 del 24 de noviembre de 2015c. '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'**. Versión digital disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/decreto%20unico/%23%20decretos/13.DECRETO%202245%20DEL%2024%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202015.pdf>.

EL HERALDO. **Fallo de tutela ordena mejorar la atención en salud a presos en cárceles de Santander**. Febrero de 2014. Versión digital disponible en: <http://www.elheraldo.co/nacional/fallo-de-tutela-ordena-mejorar-la-atencion-en-salud-presos-en-carceles-de-santander-142128>.

LÓPEZ BENITEZ, Mariano. **Naturaleza y presupuestos constitucionales de las relaciones especiales de sujeción**. Madrid: Civitas, 1994. p. 161-162.

MINUTO 30. **TUTELA de Defensoría del Pueblo protege derechos a la salud de presos en Colombia**. Dic. 2015. Versión digital disponible en: <http://www.minuto30.com/tutela-de-defensoria-del-pueblo-protege-derechos-a-la-salud-de-presos-en-colombia/414575/>.

ROMERO, Ricardo Montoro. Fundamentos teóricos de la política social. *In*: BRACHO, Carmém A; FERRER, Jorge G. **Política Social**. Madrid: McGraw-Hill, 1998.

SARMIENTO ANZOLA, Libardo. **Capitalismo y cambios estructurales en la economía colombiana**. Versión digital disponible en: <http://www.slideshare.net/zamora170/cp22-capitalismo-y-cambios-estructurales-en-la-economia-colombiana-libardo-sarmiento-anzola>. Acceso el: 10 Jul. 2015.