


	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>				  		
	<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN</b>						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-06</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>1 de 1</b>

Neiva, 8 de mayo de 2015

Señores  
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN  
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
Ciudad

El (Los) suscrito(s):

SANDRA LUCIA CHAMORRO MORA, con C.C. No. 69.005.050,  
AMANDA CONSTANZA RIAÑO MURCIA, con C.C. No. 50.200.370,

autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado SITUACIÓN DE SALUD DE LOS INTERNOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DEL MUNICIPIO DE MOCOYA - DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, DURANTE EÑ AÑO 2013 presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para optar al título de ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA; autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

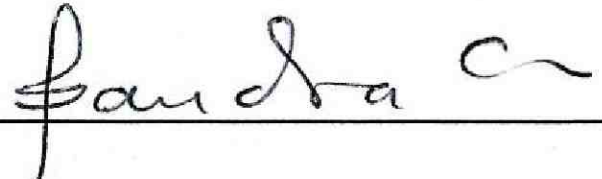
Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.





De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>				  		
	<b>DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO</b>						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>1 de 3</b>

**TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO:**

SITUACIÓN DE SALUD DE LOS INTERNOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DEL MUNICIPIO DE MOCOYA - DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, DURANTE EL AÑO 2013

**AUTOR O AUTORES:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
CHAMORRO MORA	SANDRA LUCIA
RIAÑO MURCIA	AMANDA CONSTANZA

**DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
CASTRO BETANCOURT	DOLLY

**ASESOR (ES):**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
ASTAIZA ARIAS	GILBERTO MAURICIO

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA**

**FACULTAD: SALUD**

**PROGRAMA O POSGRADO: ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA**

**CIUDAD: Neiva (H) AÑO DE PRESENTACIÓN: 2015 NÚMERO DE PÁGINAS: 158**

**TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):**

Diagramas\_\_\_ Fotografías\_\_\_ Grabaciones en discos\_\_\_ Ilustraciones en general\_\_\_ Grabados\_\_\_  
 Láminas\_\_\_ Litografías\_\_\_ Mapas\_\_\_ Música impresa\_\_\_ Planos\_\_\_ Retratos\_\_\_ Sin  
 ilustraciones\_\_\_ Tablas o Cuadros X





**SOFTWARE** requerido y/o especializado para la lectura del documento: Ninguno

**MATERIAL ANEXO:** Ninguno

**PREMIO O DISTINCIÓN** (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria): Ninguno

**PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**

	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>		<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1.	<u>Cárcel</u>	<u>Prison</u>	6.	_____	_____
2.	<u>Morbilidad</u>	<u>Morbidity</u>	7.	_____	_____
3.	<u>Situación</u>	<u>Situation</u>	8.	_____	_____
4.	<u>Salud</u>	<u>Health</u>	9.	_____	_____
5.	<u>Mocoya</u>	<u>Mocoya</u>	10.	_____	_____

	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>				  		
	<b>DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO</b>						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>2 de 3</b>

**RESUMEN DEL CONTENIDO:** (Máximo 250 palabras)

**Objetivo:** Describir la situación de salud de los reclusos en el centro penitenciario y carcelario del Municipio de Mocoa, durante el periodo enero a diciembre de 2013.

**Método:** Estudio observacional, tipo descriptivo de corte transversal. Mediante la aplicación de encuestas estructuradas a una muestra de 103 internos, una guía observacional y la revisión documental de los registros individuales de prestación de servicio, se analizó la situación de salud de los internos del centro penitenciario

**Resultados:** Se identificó una población de predominio masculino entre los 20 y 49 años, donde el 30,37% corresponden a grupos indígenas, con una baja escolaridad, internos que al igual que en el resto del país sobreviven en condiciones de hacinamiento y malas condiciones higiénicas sanitarias. Sumado a esto un muy limitado e inoportuno acceso a los servicios de salud donde el 77,94% de los internos manifestó enfermar luego de ingresar al penal.

**Conclusiones:** Se concluye que este penal refleja de alguna manera las condiciones del Putumayo, teniendo en cuenta las similitudes de las características sociodemográficas de los internos encuestados. El análisis de morbilidad permitió encontrar diferencias en cuanto al comportamiento comparado con otros penales del país, dados los escasos reportes de infecciones de transmisión sexual y enfermedades crónicas.

**Palabras Claves:** Cárcel, morbilidad, situación de Salud, Mocoa

**ABSTRACT:** (Máximo 250 palabras)

**Objective:** to describe the health status of prisoners in the prison and detention center of the Municipality of Mocoa, during the period January to December 2013.





**Method:** An observational, cross-sectional descriptive. By applying structured survey to a sample of 103 inmates, an observational documentary guidance and review of individual records of service provision, the state of health of inmates of the prison was analyzed.

**Results:** The study of male predominance was identified between 20 and 49 years, where 30.37% are indigenous groups, with a low education, inmates as in the rest of the country survive in conditions of overcrowding and poor conditions of hygienic sanitation. Added to this, a very limited and inconvenient access to health services where 77.94% of inmates said ill after entering the prison.

**Conclusions:** We conclude that this criminal reflects somehow Putumayo conditions, considering the similarities of socio-demographic characteristics of respondents inmates.

The analysis of morbidity allowed to find differences in behavior compared to other prisons in the country, given the limited reports of sexually transmitted infections and chronic diseases.

**Key words:** Prison, morbidity, health situation, Mocoa

	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>				  		
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>3 de 3</b>

## APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: DOLLY CASTRO BETANCOURT

Firma: 

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

SITUACIÓN DE SALUD DE LOS INTERNOS DEL CENTRO PENITENCIARIO  
DEL MUNICIPIO DE MOCOCHA - DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO,  
DURANTE EL AÑO 2013

AMANDA CONSTANZA RIAÑO MURCIA  
SANDRA LUCIA CHAMORRO MORA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA  
NEIVA - HUILA  
2015

SITUACIÓN DE SALUD DE LOS INTERNOS DEL CENTRO PENITENCIARIO  
DEL MUNICIPIO DE MOCOYA - DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO,  
DURANTE EL AÑO 2013

AMANDA CONSTANZA RIAÑO MURCIA  
SANDRA LUCIA CHAMORRO MORA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en  
Epidemiología.

Asesor  
GILBERTO MAURICO ASTAIZA ARIAS  
Médico y Doctor en salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA  
NEIVA - HUILA  
2015

Nota de aceptación:

*Aprobado en Acta  
#001 del 8-05-2015*

-----  
-----  
-----

*Jolly Puerto*

Firma del presidente del jurado

-----

Firma del jurado

-----

Firma del jurado

Neiva, 8 de mayo del 2015

## DEDICATORIA

*Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar dónde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.*

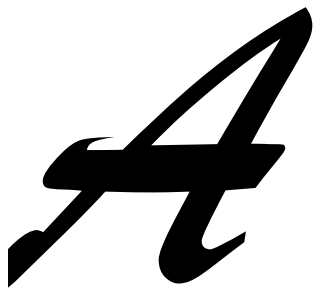
*A Dios, por darnos la vida y por brindarnos sabiduría y la oportunidad de crecer personal y profesionalmente.*

*A Mis padres, hermanos y a mi familia por su amor y apoyo incondicional*

*A mis hijos Paula Andrea y Gonzalo por su amor y espera, a quien hoy les estoy compartiendo mis logros, pero anhelo el día cuando ustedes compartan sus logros conmigo, y doy gracias a Dios por darme el privilegio de ser su madre; gracias por su apoyo, confianza y amor, los amo y los amare siempre.*

*Sandra*





*Díos y a la Virgen María, quienes me fortalecieron para la conclusión de este trabajo de grado. A mis padres quienes me dieron vida, educación y apoyo.*

*Mi compañero y a mi hijo, Martín Alejandro mi principal fuente de inspiración y fortaleza.*

*Todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.*

*Amanda*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios, por darnos sabiduría para culminar con éxito la presente investigación

.

A nuestras familias, por darnos afecto y apoyo emocional para superar las dificultades que se presentaron en el desarrollo del presente estudio.

A Gilberto Mauricio Astaiza Arias, Medico y Dr. en Salud Pública, por transmitirnos sus conocimientos, experiencia investigativa y orientación en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

A nuestros compañeros, por acompañarnos y darnos sugerencias para el mejoramiento de este estudio.

Al Centro Carcelario y/o penitenciario de Mediana Complejidad del Municipio de Mocoa- Putumayo, por permitirnos desarrollar la presente investigación y la información suministrada para la misma.

A los internos del Centro Penitenciario y/o carcelario de mediana complejidad del Municipio de Mocoa- putumayo, por brindarnos la confianza para el desarrollo del presente estudio.

A todos los participantes mil gracias!

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	19
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
3. JUSTIFICACION	57
4. OBJETIVOS	59
4.1 OBJETIVO GENERAL	59
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	59
5. MARCO TEÓRICO	60
5.1 CONTEXTO GENERAL DE LA SITUACION DE SALUD	60
5.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE CONCEPTOS DE SALUD PÚBLICA	64
5.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TERMINOS	67
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	75
7. DISEÑO METODOLOGICO	84
7.1 TIPO DE ESTUDIO	84
7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	84
7.2.1 Población	84
7.2.2 Muestra	84

	Pág.
7.3 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	84
7.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	86
7.5 PRUEBA PILOTO	86
7.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS ESTADISTICOS	86
7.7 CONSIDERACIONES ETICAS	87
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	89
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	118
10. CONCLUSIONES	125
11. RECOMENDACIONES	127
BIBLIOGRAFIA	129
ANEXOS	138

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución porcentual según grupo de edad en los internos (as) de la cárcel de Mocoa - Putumayo, año 2013.	89
Tabla 2. Distribución porcentual según Estado Civil en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	90
Tabla 3. Distribución porcentual según Educación en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	90
Tabla 4. Distribución porcentual según Área de Procedencia en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	91
Tabla 5. Características jurídicas de los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	91
Tabla 6. Distribución porcentual según estado de salud al ingreso del penal, cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	92
Tabla 7. Distribución porcentual según Tiempo en la Prestación del Servicio Médico y Odontológico en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	93
Tabla 8. Distribución porcentual según Tiempo en la Prestación del Servicio Especializado en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	94
Tabla 9. Distribución porcentual según Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	94
Tabla 10. Distribución porcentual según el medio por el cual Adquieren la Información de las Infecciones de Transmisión Sexual en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	95
Tabla 11. Distribución porcentual según Consumo de Sustancias Psicoactivas en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	96

	Pág.
Tabla 12. Distribución porcentual de la Información Obtenida sobre patologías crónicas, en los internos (as) de la cárcel de Mocoa-Putumayo, año 2013.	97
Tabla 13. Distribución porcentual según Índice de Masa Corporal y frecuencia de ejercicio en los internos de la cárcel de Mocoa-Putumayo, año 2013	98
Tabla 14. Distribución porcentual de las Premisas del Ejercicio en los internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	99
Tabla 15. Distribución porcentual de las Razones por las cuales No realizan Ejercicio en los internos de la cárcel de Mocoa-Putumayo, año 2013	100
Tabla 16. Distribución porcentual de Número de Internos por Celda en los internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	100
Tabla 17. Distribución según el punto de descanso de los Internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013	101
Tabla 18. Distribución porcentual según Frecuencia en la Capacitación en Residuos Sólidos a los Internos de la cárcel de Mocoa-Putumayo, año 2013	101
Tabla 19. Morbilidad general según veinte primeras causas en internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013	102
Tabla 20. Morbilidad general en sexo masculino según veinte primeras causas en internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013	103
Tabla 21. Morbilidad general en sexo femenino según veinte primeras causas en internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013	104
Tabla 22. Morbilidad por hospitalización en los internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013	105
Tabla 23. Morbilidad por urgencias en internos (as) de la cárcel de Mocoa-Putumayo, 2013	106
Tabla 24. Morbilidad general por Odontología en los internos de la Cárcel de Mocoa - Putumayo, 2013	107

## LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución Porcentual de las Infecciones de Transmisión sexual en los Internos(as) de la cárcel de Mocoa - Putumayo, 2013.	107
Gráfico 2. Distribución de eventos en salud Pública centro Penitenciario INPEC – Mocoa, 2013	108
Gráfico 3. Comportamiento Epidemiológico de la Infección Respiratoria Aguda en los Internos (as) de la cárcel de Mocoa-Putumayo, 2013	109
Grafico 4. Capacidad Interna real en la cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013	110

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de Información	139
Anexo B. Guía de Observación	150
Anexo C. Consentimiento Informado	153
Anexo D. Presupuesto	156
Anexo E. Cronograma	158



## RESUMEN

**Objetivo.** Describir la situación de salud de los reclusos en el centro penitenciario y carcelario del Municipio de Mocoa, durante el periodo enero a diciembre de 2013.

**Método.** Estudio observacional, tipo descriptivo de corte transversal. Mediante la aplicación de encuestas estructuradas a una muestra de 103 internos, una guía observacional y la revisión documental de los registros individuales de prestación de servicio, se analizó la situación de salud de los internos del centro penitenciario

**Resultados.** Se identificó una población de predominio masculino entre los 20 y 49 años, donde el 30,37% corresponden a grupos indígenas, con una baja escolaridad, internos que al igual que en el resto del país sobreviven en condiciones de hacinamiento y malas condiciones higiénicas sanitarias. Sumado a esto un muy limitado e inoportuno acceso a los servicios de salud donde el 77,94% de los internos manifestó enfermar luego de ingresar al penal.

**Conclusiones.** Se concluye que este penal refleja de alguna manera las condiciones del Putumayo, teniendo en cuenta las similitudes de las características sociodemográficas de los internos encuestados. El análisis de morbilidad permitió encontrar diferencias en cuanto al comportamiento comparado con otros penales del país, dados los escasos reportes de infecciones de transmisión sexual y enfermedades crónicas.

**Palabras Claves.** Cárcel, morbilidad, situación, Salud, Mocoa

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the health status of prisoners in the prison and detention center of the Municipality of Mocoa, during the period January to December 2013.

**Method:** An observational, cross-sectional descriptive. By applying structured survey to a sample of 103 inmates, an observational documentary guidance and review of individual records of service provision, the state of health of inmates of the prison was analyzed.

**Results:** The study of male predominance was identified between 20 and 49 years, where 30.37% are indigenous groups, with a low education, inmates as in the rest of the country survive in conditions of overcrowding and poor conditions of hygienic sanitation. Added to this, a very limited and inconvenient access to health services where 77.94% of inmates said ill after entering the prison.

**Conclusions:** We conclude that this criminal reflects somehow Putumayo conditions, considering the similarities of socio-demographic characteristics of respondents inmates.

The analysis of morbidity allowed to find differences in behavior compared to other prisons in the country, given the limited reports of sexually transmitted infections and chronic diseases.

**Key words:** Prison, morbidity, health, situation, Mocoa

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se grado refleja la situación de salud de la población reclusa en el centro penitenciario ubicado en el municipio de Mocoa, capital del departamento del Putumayo, análisis realizado sobre la información generada en el 2013.

El estudio se realiza en el marco de múltiples investigaciones que se han realizado al respecto de los centros penitenciarios a nivel nacional e internacional, teniendo en cuenta la situación en la que miles de hombres y mujeres alrededor del mundo, cautivos en estos centros, viven su día a día en condiciones de insalubridad, hacinamiento, enfermedad y muerte. La diversidad en cuanto a las problemáticas abordadas en estas investigaciones va desde análisis de morbilidad con énfasis en enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, consumo de sustancias psicoactivas, calidad de los servicios de salud, entre otros.

Sin duda las condiciones de salubridad y hacinamiento, junto con la alta incidencia de enfermedades secundarias a estas, son una constante en los análisis de salud, junto con la vulneración de derechos de los internos, en especial el derecho a la salud.

Otros factores que han incidido en el estado de salud, son las situaciones de violencia a las que están expuestos los internos; al interior de las prisiones son permanentes las agresiones, en especial a grupos vulnerables como los delincuentes más jóvenes, los criminales sexuales y población homosexual.

Sumado a esto, la calidad de prestación de servicios de salud, que se traduce en servicios médicos de baja calidad, inoportunidad en atención de media y alta complejidad, contribuyen al deterioro de salud de los presos, reflejando un sistema de salud inexistente donde los presos escasamente, sobreviven.

En Colombia, el panorama no es diferente. Informes de organizaciones humanitarias internacionales y del ministerio público, junto a estudios de tipo epidemiológico, muestran que nuestras cárceles presentan altos índices de hacinamiento y condiciones de salud precarias.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> GALINDO, Joan. Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa, Cali; Colombia. Cali: Universidad ICESI. 2012. p. 48 - 49

La Defensoría del Pueblo en un análisis sobre la situación carcelaria en nuestro país afirma sobre el hacinamiento: “Trae como consecuencia graves problemas de salud, de violencia, de indisciplina, de carencia en la prestación de servicios (trabajo, educación, asistencia social, deportes, educación, visita conyugal, servicios médicos, etc.), con una clara violación de la integridad física y mental de los reclusos, de su autoestima y de la dignidad humana. Igualmente, el hacinamiento, cuando sobrepasa el nivel crítico, se convierte en una forma de pena cruel, inhumana y degradante. Para la comisión es claro que en los penales que presentan condiciones de hacinamiento crítico, la calidad de vida de los reclusos sufre serios deterioros, al punto que no se pueden considerar sitios seguros ni para los internos, ni para el personal que trabaja con ellos.”<sup>2</sup>

El centro carcelario y penitenciario de Mocoa, objeto del presente estudio no es la excepción a la situación de las cárceles en Colombia. A partir de una muestra de 136 internos (as) de este centro, en quienes se aplicó una encuesta, junto con la revisión de los registros Individuales de Prestación de servicios de la consulta total prestada y el desarrollo de una guía observacional, se obtuvo la información idónea para la realización del estudio descriptivo de tipo corte transversal el cual arrojará información sobre las características sociodemográficas, sanitarias, ambientales y del comportamiento de morbilidad en este centro penitenciario.

Abordar una problemática tan compleja como la situación de salud en una población cautiva, conlleva ciertas restricciones de seguridad y del acceso a los internos que diligenciarían el cuestionario autodilucidado. Por otra parte la revisión documental de los registros Individuales de Prestación de Servicios presento discordancias en cuanto la calidad de información.

La justificación del presente estudio se sustenta principalmente en la ausencia de este tipo de análisis en el Putumayo, un departamento que hasta hace menos de 40 años funcionaba como una antigua Intendencia Nacional, donde la confrontación armada es una constante, el desplazamiento forzado, los cultivos ilícitos, el escaso desarrollo económico, entre otras problemáticas, le dan al departamento una connotación diferente con respecto al resto del país.

La presente investigación analizó de forma detallada la situación de salud de los internos del centro penitenciario y/o carcelario del Municipio de Mocoa departamento del Putumayo. Se aplica una encuesta a una muestra de internos, se realiza revisión de los registros Individuales y prestación de servicios en salud y

---

<sup>2</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Análisis sobre el actual hacinamiento carcelario y penitenciario en Colombia. [En línea]. 2003. P. 2. Disponible en [http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe\\_97.pdf](http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_97.pdf)

se visita al establecimiento penitenciario para una inspección con una lista de chequeo.

Entre los resultados encontrados en esta investigación, se describe que la población carcelaria del centro Penitenciario de Mediana complejidad de Mocoa, se encuentra con un promedio de edad de 36 años, donde el 45,59% corresponden al estado civil soltero, con nivel educativo predominante secundaria completa en un 26,47%, aunque se observa un gran porcentaje de reclusos con primaria y secundaria incompleta, con un 22.06% y 23.53% respectivamente; el 25% con una situación jurídica no definida en estado de sindicado, de los cuales llevan el 36% sin definición de condena, el 46,08% has recibido condenas de 6 a 10 años. El 66.67% han cumplido de 1 a 5 años el tiempo en prisión.

En cuanto a la prestación de servicios de salud se determinó que hay una mayor disponibilidad de atención odontológica inmediata, comparado con la atención médica, de igual forma ocurre con la consulta especializada que a pesar de haberla requerido nunca se prestó el servicio.

Con respecto a las Infecciones de Transmisión sexual el 10,29% de los encuestados manifestaron haber adquirido algún tipo de ITS siendo la más frecuente la candidiasis; la tuberculosis el 5.15% manifestaron haberla adquirido, en el consumo de sustancias psicoactivas el 43.18% respondieron consumir sustancias ilícitas siendo la marihuana el mayor consumo, el 35.29% manifiestan consumir antes de ingresar al penal entre 1 a 4 años.

En las enfermedades Crónicas, el 12.50% afirmaron sufrir de hipertensión arterial y aumento del colesterol. En cuanto al estado nutricional el 58.09% obtuvo Índice de masa corporal Normal.

Al revisar los Registros individuales de Prestación de Servicios para el año 2013, describe que las principales causas de morbilidad son de tipo infeccioso, infecciones de vías urinarias, dermatitis, bronquitis, conjuntivitis y amebiasis, patologías de tipo crónico como la hipertensión arterial. Entre las enfermedades genitales y de transmisión sexual se observa 12 casos, predominan los condilomas con 50%, el herpes simple con 42% y la gonorrea con 8%. Entre las patologías orales más frecuentes se encuentra la caries dental con el 64.7%, además de las enfermedades gingivales, periodontales y anomalías dento maxilares.

En cuanto a los eventos de interés en salud Pública, durante el transcurso del año, se identifican eventos como enfermedades diarreicas agudas, enfermedades transmitidas por alimentos, tuberculosis y dengue. Se observa un continuo brote con las Infecciones respiratorias agudas con 212 casos.

La situación de hacinamiento es alarmante con una sobreocupación del 84%, instalaciones físicas albergan 663 reclusos y son aptas para albergar 303 internos, en cada celda se instalan cuatro personas teniendo capacidad para dos reclusos. Las instalaciones son de construcción antigua, con deficiente iluminación y ventilación, el calor es excesivo, con condiciones sanitarias deficientes. El agua para consumo no es potabilizada se toma del suministro general de la población del Municipio.

El documento se ha organizado en once partes, así: en la primera, se presenta los antecedentes investigativos; en la segunda planteamiento del problema; en la tercera la justificación; en la cuarta los objetivos; en la quinta el marco teórico; en la sexta operacionalización de variables; en la séptima el Diseño metodológico; en la octava la análisis de resultados; en la novena parte discusión de resultados; la décima parte las conclusiones y en la onceava parte se recopilan los hallazgos más relevantes y se hacen algunas recomendaciones tendientes a estimular nuevos estudios, en los que sea posible ahondar en el análisis mediante la utilización de métodos estadísticos y epidemiológicos más avanzados.

## 1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Son diversas las investigaciones que se han construido alrededor de los centros penitenciarios o cárceles a nivel internacional, nacional y local, en las cuales se han encontrado problemas de salubridad, enfocadas en el estudio de enfermedades de transmisión sexual, el consumo de drogas, atención sanitaria de las prisiones, limitaciones de libertades y derechos. Algunas investigaciones se han centrado en conocer el perfil de salud de las poblaciones reclusas y mostrar sus necesidades y los procesos de exclusión social a los que están sometidos.<sup>3</sup>

En los centros penitenciarios europeos, la situación de los diferentes sistemas penitenciarios es todavía deficiente, la masificación, la falta de medios materiales y personales, la conflictividad, etc. Esta situación resulta común a la totalidad de los sistemas, por más que existen notables diferencias entre unos y otros especialmente significativas en el caso de algunos países incorporados a la unión en los últimos años.<sup>4</sup>

Esta masificación, generalizada como mal endémico, provoca la imposibilidad o extrema dificultad para aplicar las medidas socioeducativas que no obstante forman parte integrante de las misiones de los centros penitenciarios; el deterioro de las condiciones de salubridad de los centros: higiene personal y colectiva, degradación de la alimentación, actividades físicas y deportivas reducidas o suprimidas y riesgo de patologías contagiosas como, en particular, la tuberculosis; así como la aparición y desarrollo de la violencia dentro de los centros; los grupos vulnerables son los que están más expuestos a la violencia: delincuentes juveniles, criminales sexuales, extranjeros, homosexuales.<sup>5</sup>

Al entender que las condiciones de detención, en particular el hacinamiento o masificación, unida a condiciones de luz o ventilación inadecuadas, régimen empobrecido, escasa higiene de las celdas son suficientes para causar una angustia de tal intensidad que excede el nivel tolerable de una privación de libertad, produciéndose así una vulneración del artículo 3 del Convenio Europeo

---

<sup>3</sup> MARCIA, L. y otros. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de género no proceso de exclusão social. 1998.

<sup>4</sup> REVIRIEGO, Fernando. ¿La crisis de los sistemas penitenciarios Europeos? En: Revista de Derecho de la Unión Europea. Junio, 2009, no. 16, p. 243 – 264

<sup>5</sup> *Ibíd.*, p. 243 – 264

de Derechos Humanos donde Prohíbe en términos absolutos tanto la tortura como las penas o tratos inhumanos o degradantes.<sup>6</sup>

Según la OPS, hay 9.25 millones de personas privadas de libertad en centros de reclusión alrededor del mundo, y este mundo está en aumento. Muchas de ellas son detenidas por cortos periodos de tiempo, lo que arroja tasas de admisión y liberación casi equivalentes. Esto significa, por lo tanto, que la población real que transita los centros penitenciarios cada año es potencialmente 4 a 6 veces más alta que la reconocida.<sup>7</sup>

En África, la superpoblación carcelaria aún no ha sido abordada eficazmente. Los presos africanos continúan sufriendo la violencia, la enfermedad, la muerte y la humillación como resultado del amontonamiento en las celdas, que supera ampliamente su capacidad. Los índices de prisionización cada vez son mayores y la cada vez más extensa duración de las penas sólo exacerbaban este fenómeno. El hacinamiento amenaza tanto a los presos como a la sociedad en general y, por ello el tema merece ser abordado con más urgencia y profundidad de lo que se ha hecho hasta la fecha.

La pobreza que asola a gran parte del continente africano es evidente de manera dramática en las cárceles y en las condiciones de vida de los detenidos, son jóvenes (<25 años). A la privación de la libertad se añaden en primer lugar unas graves carencias higiénico-sanitarias. Los detenidos duermen por el suelo, los más afortunados disponen de una esterilla, los servicios higiénicos son pocos y están en mal estado, la alimentación es insuficiente y los que no tienen familia que les lleven comida, porque viven lejos o son pobres, pasan hambre.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> CONSEJO DE EUROPA. Convenio Europeo de Derechos Humanos. (1, noviembre, 1988: Madrid, España) 1998. [en línea]. [citado 16 julio de 2013]. Disponible en <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PolíticaExteriorCooperacion/ConsejoDeEuropa/Documents/Convenio%20Europeo%20para%20la%20Protecci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20Humanos%20y%20de%20as%20libertades%20fundamentales.pdf>

<sup>7</sup> 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. [En línea]. 2011, Vol. 21, No. 10, [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Gu%C3%ADa%20para%20el%20control%20de%20la%20tuberculosis%20en%20poblaciones%20privadas%20de%20libertad%20de%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>

<sup>8</sup> SARKIN, JEREMY. Las cárceles en África: una evaluación desde la perspectiva de derechos humanos, 2008. Resumen Analítico. [en línea]. [citado 08 septiembre de 2013]. Disponible en [http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo9.php?artigo=9,artigo\\_sarkin.htm](http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo9.php?artigo=9,artigo_sarkin.htm)



Muchos no tienen ropa para cambiarse y visten la misma ropa durante meses. No hay sábanas y el jabón es un producto de lujo, que sólo reciben dos o tres veces al año. La mayor parte de las cárceles están sobrepobladas; falta espacio vital. En Madagascar la cárcel de la capital, construida para 800 personas, alberga a 3.000. En Abiyán, en Costa de Marfil, la “maison d’arrêt et de correction”, para 1.500 detenidos, acoge a más de 4.500. Éstos contraen enfermedades como bronconeumonía, malaria, tuberculosis y sida, cólera y otras enfermedades intestinales. En las enfermerías, no hay fármacos ni posibilidades de seguir una terapia. Las probabilidades de morir son elevadas<sup>9</sup>.

En el Distrito Federal México, el sistema penitenciario de la ciudad no fue diseñado para albergar el número de personas que en la actualidad tiene bajo su custodia; tal situación influye, entre otras áreas de oportunidad, en la precaria prestación de los servicios de salud, la insuficiencia de los recursos clínicos, terapéuticos, de rehabilitación y en general, en el recrudecimiento de las dificultades estructurales para acceder de manera efectiva y sin discriminación al derecho a la salud.<sup>10</sup>

El incremento de población reclusa ha generado sobrepoblación en las cárceles de España y México. En México, algunos de los problemas más importantes que aquejan al aparato penitenciario nacional, el principal de ellos es la sobrepoblación, la deficiente e insuficiente infraestructura, la insuficiencia de los servicios técnicos especializados jurídicos, educativos, laborales, de capacitación, de los servicios médicos y sanitarios, culturales, deportivos y lúdicos; la deficiente capacitación de los servicios de vigilancia y custodia.<sup>11</sup>

En el año 2011, Ciudad de México, existen más de 420 cárceles estatales y federales con una capacidad para atender a 189.397 internos. Sin embargo, en el “Diagnostico Nacional de Supervisión Penitenciaria”, realizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en ellas hay población de 238.260 reclusos, es decir hay una sobrepoblación de 48.872 personas. A pesar del esfuerzo de la administración en la construcción de infraestructura carcelaria para el año 2013 se

---

<sup>9</sup> MEXICO. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal. 1a. Ed. México D.F. 176 p. ISBN: 978-607-7625-54-4

<sup>10</sup> COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal. 1a. Ed. México D.F. 176 p. ISBN: 978-607-7625-54-4

<sup>11</sup> PELAEZ F, Mercedes. Derechos humanos y Prisión. Boletín Mexicano de Derecho Comparado: Revista Jurídica. No. 95. p. 14

encontró, que México tiene una tasa de ocupación penitenciaria del 124,3%, e incluso existen estados de la República cuya tasa rebasa el 170% de ocupación penitenciaria, como el Distrito Federal con 181% y Jalisco con 176.4%.<sup>12</sup>

En España, aun cuando la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), aumentó el número de celdas o plazas funcionales de los años 2006-2010, el número de presos se elevó más del doble que la capacidad funcional de las prisiones. De hecho, España ocupa el sexto sitio en tasa de ocupación en las cárceles de toda Europa. Más aún, la tasa de ocupación de las cárceles españolas es mayor (138%) que la de México (122.4%), según datos del Centro Internacional de Estudios de la prisión de King College de Londres (2010).<sup>13</sup>

La salud se ve amenazada en ambientes de pobreza, conflicto, discriminación y desinterés. La prisión es un ambiente que concentra precisamente estos problemas. La tuberculosis (TB) es una causa importante de enfermedad y muerte en las prisiones, junto con el VIH-1, la desnutrición, las enfermedades mentales y la violencia. Directa o indirectamente, estas amenazas afectan no sólo a los presos, sino a toda persona que entra en contacto con las prisiones y por último a toda la sociedad.

La tuberculosis (TB) en el siglo XXI continúa siendo una enfermedad frecuente y grave, a pesar de ser bien conocida, poder ser prevenida y disponer actualmente de técnicas diagnósticas y terapéuticas eficaces.

Los informes de la Comisión Nacional de los derechos Humanos afirman respecto a la atención médica en los penales de México: “En las visitas realizadas, se ha constatado que en la mayoría de los centros de reclusión existen deficiencias en la prestación del servicio médico, debido a que no cuentan con suficientes médicos generales, odontólogos ni enfermeros capacitados, y menos aún con los servicios de ginecología, indispensables en el caso de mujeres, y psiquiatría; en algunos establecimientos no labora siquiera un médico general, por lo que las autoridades encargadas de su administración deben pedir apoyo a otras instituciones. Asimismo, son insuficientes los medicamentos para tratar aun las enfermedades

---

<sup>12</sup> MEXICO. COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2013. 58 p.

<sup>13</sup> LOZANO CORTES, Maribel. Estudio comparativo de la cárcel en España y México en la actualidad: Universidad Quintana Roo Chetumal. En: Estudios Sociales. . [en línea]. 2011. Vol. 20, no. 40, [citado 08 de noviembre de 2013]. pp. 24. Disponible en [http:// file://Dialnet-EstudioComparativoDeLaCarcelEnEspanaYMexicoEnLaAct-3961200%20\(1\).pdf](http://file://Dialnet-EstudioComparativoDeLaCarcelEnEspanaYMexicoEnLaAct-3961200%20(1).pdf).

más comunes, así como el instrumental y el material para llevar a cabo curaciones de primeros auxilios”.<sup>14</sup>

Numerosos centros de detención del mundo se caracterizan por su superpoblación, la violencia, una iluminación natural y ventilación insuficiente y la falta de protección contra las condiciones climáticas extremas. Si a estos factores se suman unos medios de higiene personal deficientes, la malnutrición, la falta de acceso al agua potable y servicios médicos deficientes, se exagera la vulnerabilidad de los detenidos a la infección del VIH y de otras enfermedades infecciosas, al igual que las tasas de morbilidad y mortalidad.

A escala mundial, los niveles de infección del VIH tienden a ser muy superiores en el medio carcelario que fuera del mismo. Concomitantemente suelen agravar la situación las elevadas tasas de hepatitis C, tuberculosis (TBC) (con una creciente prevalencia de las formas resistentes a múltiples medicamentos), infecciones transmisibles sexualmente, dependencia de drogas y problemas psiquiátricos en la población penitenciaria

Dentro de las cárceles, los principales comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH son el intercambio del material de inyección de drogas y las prácticas sexuales sin protección. En el medio carcelario, entre los factores adicionales de riesgo figuran el uso en común o la reutilización del material de tatuaje y “piercing”, es decir, las perforaciones corporales decorativas, la utilización compartida de hojas de afeitar y la esterilización insuficiente de instrumentos médicos o dentales o su reutilización.

A escala internacional, las elevadas tasas de infección por el VIH en las cárceles son el reflejo de dos realidades principales:

a. Los países con elevadas tasas de VIH entre los usuarios de drogas inyectables, que permanecen períodos en detención, y que en algunos casos continúan esa práctica en la cárcel. En esos países las elevadas tasas de infección por VIH (y la hepatitis C), son causadas principalmente por la utilización compartida de jeringas fuera y dentro de las cárceles.

---

<sup>14</sup> MEXICO. COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. “Introducción al Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2011.p. 349 - 350. [en línea]. [citado 2 de diciembre de 2013]. Disponible en [http://dnsp.cndh.org.mx/archivos/DNSP\\_2011.pdf](http://dnsp.cndh.org.mx/archivos/DNSP_2011.pdf)

b. Los países (fundamentalmente en África) con elevadas tasas de infección por el VIH en la población en general, básicamente imputables a prácticas sexuales en condiciones de riesgo. En estos países, las elevadas tasas de VIH entre los detenidos guardan relación con las elevadas tasas imperantes en toda la población. La transmisión constante del VIH en los establecimientos penitenciarios de estos países se debe particularmente a las relaciones sexuales (sobre todo entre individuos de sexo masculino), así como a la praxis médica en malas condiciones o la utilización compartida de hojas de afeitar, etc., más que al uso de drogas inyectables.<sup>15</sup>

La situación penitenciaria en los países de América Latina y el Caribe no es muy diferente. Hay alta violencia, numerosas muertes y delitos que ocurren al interior de los presidios, muchos de ellos cometidos en su interior pero con efectos fuera de ellos, y gravísimas violaciones a derechos humanos tanto de las personas privadas de libertad como de las personas funcionarias. La situación ha venido deteriorándose durante las tres últimas décadas (1980-2010), y ha escapado del control de los países a partir de la década de los noventa en la mayoría de los casos.

Para el año 2007, aún siguen presentándose las mismas condiciones de insalubridad en los centros penitenciarios de América Latina y Europa, la sobrepoblación y las precarias condiciones de la infraestructura originan un hacinamiento extremo y el inadecuado funcionamiento en los servicios básicos de salud, en asistencia legal, en asistencia social, en tratamiento psicológico y en las actividades laborales y educativas. Las condiciones de detención, sobrepoblación y hacinamiento propiciaban un clima de violencia, que puede dar lugar a situaciones extremas de grave afectación a la vida e integridad de las personas.<sup>16</sup>

Como caracterización general, con diferencias entre países, los sistemas penitenciarios de la región tienen desde hace muchos años graves deficiencias. Deben garantizar el cumplimiento de múltiples funciones establecidas en las normativas internacionales y nacionales como alimentación, salud, seguridad, visita, capacitación, trabajo, etc. Pero la falencia en estos requisitos básicos genera situaciones objetivas inevitables de violencia que impiden su cumplimiento.

---

<sup>15</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. VIH/SIDA: Prevención, Atención tratamiento y apoyo en el medio carcelario. New York 2007. Viena: Australia. p. 55

<sup>16</sup> FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN. V Informe sobre derechos humanos: Sistema Penitenciario. Madrid: España. Trama Editorial, 2007. p. 198 – 200. ISBN: 978-84-89239-78-4. [en línea]. [citado 08 de noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.portalfio.org/inicio/repositorio/informes-fio/informe\\_sistema\\_penitenciario.pdf](http://www.portalfio.org/inicio/repositorio/informes-fio/informe_sistema_penitenciario.pdf)

En “las mediciones en los países de América Latina, una realizada en los años 2005-2007, y otra realizada en 2011. Salvo dos excepciones, en todos los países a la fecha de su última medición había sobrepoblación crítica. En el caso de Venezuela, la última medición oficial de que disponemos, nos dice que si bien no había sobrepoblación crítica había sobre población con una densidad de 115%. Y en el caso de Argentina, país de sistema federal con un servicio penitenciario federal y numerosos sistemas penitenciarios provinciales, su cifra global de 2007 no indica sobrepoblación, pero sí la había en algunos de sus sistemas penitenciarios provinciales”.<sup>17</sup>

Un informe de la Defensoría del Pueblo de la República de Panamá en el año 2008, describe que la atención médica en las cárceles públicas y centros penales ha sido tradicionalmente deficiente, por el limitado acceso a los servicios médicos y la carencia de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades de las personas privadas de libertad.

Las enfermedades más comunes atendidas son los problemas respiratorios, gastrointestinales, infecciones de la piel e hipertensión. Por otro lado, los casos de urgencia más atendidos son los politraumatismos abiertos y cerrados, esguinces, heridas por objetos punzocortantes y descompensaciones psiquiátricas.<sup>18</sup>

De igual forma, los problemas de salud más comunes son similares en ambos sexos: trastornos gastrointestinales, pulmonares, infecciones cutáneas y enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el sida. La atención médica tiende a limitarse aplicar inyecciones, tomar la presión arterial, extraer sangre para exámenes de rutina y algunas operaciones de cirugía menor. En el caso de las mujeres abundan los trastornos calificados como «nerviosos», por lo que se recetan tranquilizantes en forma excesiva.<sup>19</sup>

En Paraguay, según estudio realizado en el 2002, describe que todas las cárceles soportan problemas similares: superpoblación, infraestructura deficitaria,

---

<sup>17</sup> CARRANZA, Elías. 2012. Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer?. [en línea]. [citado 06 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.anuariocdh.uchile.cl/index.php/ADH/article/view/File/20551/21723>.

<sup>18</sup> DEFENSORIA DEL PUEBLO REPUBLICA DE PANAMÁ. Informe especial de la Defensoría del Pueblo de la República de Panamá relativo al Derecho a la salud en los centros penitenciarios. Panamá: República de Panamá. 2008. 30 p.

<sup>19</sup> ANTONY, C. Mujeres Invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. En: Revista Nueva Sociedad. . [en línea]. Marzo – abril, 2007, no. 208, [citado 06 de mayo de 2013]. pp. 73 – 78. Disponible en: [http://www.nuso.org/upload/articulos/3418\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/3418_1.pdf)

presupuesto insuficiente, falta de política carcelaria orientada a favorecer la recuperación de las personas reclusas para su reinserción social. Todas también tienen una composición social similar: personas de extracción social popular, con escaso o nulo nivel de instrucción escolar. La insalubridad en los penales está a la orden del día. Los internos sufren de enfermedades de la piel y afecciones dentarias, broncopulmonares, e incluso las más graves como el SIDA, la tuberculosis, sífilis y otras enfermedades venéreas. Para desnudar la deficiente, por no decir nula atención médica en los penales.<sup>20</sup>

La tuberculosis es una enfermedad de salud pública de primer orden, donde mueren cada año más de un millón y medio de personas al año en el mundo. Esta enfermedad adquiere especial relevancia en las prisiones, en la población privada de libertad. Las mayores tasas publicadas de incidencia de tuberculosis se refieren a Población Privada de la libertad, donde es frecuente que sean hasta 100 veces superiores a la de la población general del país correspondiente.

En Colombia, según el informe del Alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos Humanos año 2001, el alto índice de hacinamiento aunado a las pésimas condiciones de detención prevalentes, en la mayoría de los centros de reclusión del país son una afrenta a la dignidad de la persona y, con frecuencia, equivalen a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes padecidos por decenas de miles de personas reclusas en los mismos.

En los centros carcelarios, el hacinamiento oscila entre el 200% y el 370% de ocupación por cien plazas disponibles. En la cárcel de distrito Judicial de Bogotá-La Modelo, se encuentra los llamados “socavones”: largos y estrechos túneles entre paredes, sin ventilación, luz y con pésimas condiciones de salubridad, en cuyas profundidades se apilan para dormir decenas de reclusos, quienes no cuentan con otro lugar o alternativa de espacio para habitar.

Situaciones similares en otras cárceles y penitenciarías del país, donde se observó, en situaciones extremas de hacinamiento, la improvisación de lugares para dormir a la intemperie e incluso, entre retretes de baños o colgados de los techos, como en la estación policial de Girardot en Bogotá. Son serias deficiencias de infraestructura como la inundación de celdas (Las celdas de aislamiento expuestas a la intemperie, presentan desnivel invertido, con lo cual la lluvia las inunda y obliga a los internos allí reclusos a desaguarlas manualmente), la inoperancia y el rebosamiento de los sistemas sanitarios, la falta de duchas en

---

<sup>20</sup> VARELA, Liz. Cárceles Inhumanas, aptas para delinquir. 2002. p. 113

algunos patios y el acceso muy restringido al agua corriente y potable. Estas deficiencias no han sido subsanadas, a pesar de las debidas y oportunas denuncias, servicios básicos inadecuados, incluyendo la contaminación fecal de los alimentos y unos servicios de atención médica insuficientes e inadecuados.<sup>21</sup>

Para el año 2011, en el informe del Comité Internacional de la Cruz Roja, describe que los detenidos continúan viviendo en difíciles condiciones de hacinamiento, agravadas por el aumento de la población carcelaria, con consecuencias directas en la calidad de vida y las condiciones de detención. El hacinamiento impide que los internos tengan un espacio mínimo vital, tal como lo exigen estándares internacionales, afecta el acceso a la salud, e incide en las condiciones higiénicas y de disponibilidad de agua.<sup>22</sup>

Según Valencia Diego, en Pereira en el Diagnóstico realizado en la Cárcel del Distrito Judicial de Pereira en abril del 2002, concluyen que existe unas deficiencias sanitarias detectadas como consecuencia fundamental en la edificación sin planeación generando un grave problema de hacinamiento con el deterioro de áreas como pisos, paredes, techos y baterías sanitarias, un inadecuado manejo de residuos sólidos, facilitando la presencia de vectores de enfermedades de importancia en salud pública por infestación de ratas, ratones, cucarachas, moscas y zancudos, en los servicios de alimentación describen debilidades en la preparación, almacenamiento y el servicio como tal, a esto se le suma la deficiente educación sanitaria de los prisioneros. En este diagnóstico se encontró como causas de morbilidad las gastritis, infecciones de piel, enfermedad respiratoria, parasitismo, estados de ansiedad, entre otros.<sup>23</sup>

En un estudio realizado al centro penal de Villa hermosa Cali en el 2012, concluyen que el deterioro y vulneración de la salud física y mental, se presenta evidente al revisar datos concernientes a casos de VIH, tuberculosis, acceso a servicios de salud y las condiciones estructurales. Lo ante se suma a que temas como las E.T.S. (mecanismos de prevención) y el uso responsable de drogas, carecen de visibilidad, agudizando las condiciones sociales tras las rejas. De esta forma estaríamos hablando de la presencia, tanto de inequidad en salud, debido a casi la inexistencia de acceso pleno a los servicios de este tipo, como de

---

<sup>21</sup> COLOMBIA. ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS: MISIÓN INTERNACIONAL DERECHOS HUMANOS Y SITUACIÓN CARCELARIA. Informe centros de reclusión en Colombia. Bogotá, 2001. p. 10 – 86. [en línea]. [citado 10 de mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI\\_75.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_75.pdf?view=1)

<sup>22</sup> COLOMBIA. COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. Situación Humanitaria Informe de Actividades Colombia 2011. 65 p. [en línea]. [citado 10 de mayo de 2013]. Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/assets/files/2012/informe-colombia-2011.pdf>

<sup>23</sup> VALENCIA RUIZ, Diego. Diagnóstico Sanitario de la Cárcel del Distrito Judicial de Pereira. En: Revista Médica de Risaralda, 8 (2), Noviembre 2002. p. 1 – 6

vulnerabilidad de salud, a razón de la multi-causalidad de factores que propenden en los presos las enfermedades y patologías de orden psicológico y fisiológico.<sup>24</sup>

Otros estudios sobre la situación de los internos en nuestro país, demuestran similar panorama. En el 2009, un estudio descriptivo, sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud, en las internas de El Buen Pastor de Medellín, se evidencio que aunque las internas tenían acceso a los servicios de salud, se dieron demoras en la atención, insuficiencia de recursos y dificultades en los trámites administrativos, barreras que evidentemente afectaron la situación de salud en este penal<sup>25</sup>.

En Villavicencio en un estudio realizado a la cárcel en 1999, según García Cesar, los factores de riesgo para la salud de los internos encuentran una situación de salud con un porcentaje alto en enfermedades infecciosas agudas prevenibles, con elevados índices de alteraciones mentales y el consumo de sustancias psicoactivas, como conclusión describen que el problema sanitario de la cárcel incluye desde la infraestructura física, pasando por la ausencia de planes y programas de resocialización de corte multidisciplinario, y un enfoque de salud asistencial alrededor de estrategias de salud.<sup>26</sup>

En el Diagnostico de la Situacional de las internas del reclusorio de las mujeres de Manizales realizado por Jaramillo Claudia y otro, también se concluyen la mayoría de ellas tenían problemas de salud oral. Las consultas médicas son periódicas, existe apoyo de trabajo social y psicológico, el acceso a los métodos de planificación familiar fueron los más deficientes, las enfermedades reportadas durante su reclusión fueron las infecciosas y los motivos de mayor consulta fueron las cefaleas, lumbago y la epigastralgia, de igual forma se reportan alteraciones mentales. Las condiciones de saneamiento ambiental percibidas fueron en su mayoría buenas.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> GALINDO, Joan. Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa. Universidad ICESI. Cali: Colombia. 2012. p. 1 – 49. [en línea]. [citado 10 de mayo de 2013]. Disponible en: [https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/10906/65522/5/vulnerabilidad\\_salud\\_presos.pdf](https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/65522/5/vulnerabilidad_salud_presos.pdf)

<sup>25</sup> MEJIA ORTEGA, Luz y otros. 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, Colombia. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud, 10 (20): p. 121-137, 2011

<sup>26</sup> GARCIA BALAGUERA, Cesar. Factores de Riesgo para la salud en los Internos de la cárcel de Villavicencio. 1999. [en línea]. [citado 27 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos57/salud-internos-carcel/salud-internos-carcel.shtml>.

<sup>27</sup> JARAMILLO ANGEL, Claudia y BENJUMEA RINCON, María Victoria. Diagnostico situacional de las Internas del reclusorio de mujeres de Manizales. En: Revista Hacia la Promoción de la Salud. Enero – Diciembre, 2007, Vol. 12. p. 109 - 122



El centro carcelario de Mocoa en el año 2012, no es la excepción en cuanto a las situaciones de hacinamiento, precarias condiciones sanitarias y de infraestructura que se presentan en el centro carcelario y penitenciario del municipio. Posee una capacidad de infraestructura para la cual fue diseñada de 360 internos y el número de reclusos que alberga son de 660, con porcentaje de sobreocupación del 83%. Se encuentran 599 hombres reclusos y 61 mujeres, no hay embarazadas ni menores de 3 años.

Entre la morbilidad reportada de acuerdo a la información suministrada por la consulta en el centro penitenciario de Mocoa y ESE Hospital José María Hernández de segundo Nivel de Atención en Salud se observa que predomina patologías de tipo mecánico e infeccioso como las lumbalgias y particularmente la infección respiratoria aguda (IRA), y otras enfermedades como las gastritis agudas en una población de 660 prisioneros.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad y la reclusión de individuos como un medio para sancionar transgresiones a las leyes y las normas establecidas, las prisiones han estado indefectiblemente ligadas con la enfermedad.<sup>28</sup>

Las características reflejadas en todos los establecimientos penitenciarios son similares: regímenes duros, largas condenas, alta proporción de detenidas no condenadas, mal estado de las instalaciones, falta de atención y tratamientos médicos especializados, terapias basadas en trastornos calificados como «nerviosos», escasa o nula capacitación laboral y pocas actividades educativas y recreativas.

En comparación a la población general, la población carcelaria tienen altas tasas de morbilidad, especialmente por enfermedades infecciosas, problemas de salud mentales, y el uso de sustancias psicoactivas; y con el envejecimiento de la población en prisión, los sistemas penitenciarios se enfrentan cada vez con la atención a otras enfermedades crónicas. Si bien, en principio, los reclusos tienen derecho a la atención sanitaria se ha confirmado en el sistema judicial, en la práctica, la prestación de asistencia sanitaria puede verse limitada por hacinamiento, las necesidades financieras de la competencia, y la falta de personal.

Más allá de la prestación de asistencia sanitaria, las cárceles pueden influir en la salud de los internos, proporcionando alimento y refugio, así como oportunidades para el ejercicio y la educación para la salud. Para algunos internos, las prisiones también proporcionan un refugio del consumo de sustancias y la violencia endémica en las comunidades, para otros, estas amenazas persisten y en algunos casos se acentúan en prisión<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> 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. [En línea]. 2011, Vol. 21, No. 10, [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Gu%C3%ADa%20para%20el%20control%20de%20la%20tuberculosis%20en%20poblaciones%20privadas%20de%20libertad%20de%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>

<sup>29</sup> DAVID L. Rosen and Others. All-cause and cause-specific mortality among Black and White North Carolina state prisoners, 1995-2005. En: Annals of epidemiology. [En línea]. 2011, Vol. 21, No. 10, [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166394/>

Las personas encarceladas son a menudo de las clases más marginadas de la sociedad, pueden tener acceso limitado a la atención médica antes de ser encarceladas, con una deficiente salud que muchos otros ciudadanos y pueden ingresar en prisión con problemas de salud no diagnosticados, no detectados, ni tratados.

La sobrepoblación, el encierro prolongado en espacios cerrados, con poca luz, mal calefaccionados, y en consecuencia mal ventilados, y casi siempre húmedos son todas condiciones que se asocian con frecuencia a la reclusión y que contribuyen a propagar enfermedades y a la deficiente salud. Cuando estos factores se combinan con una mala higiene, una alimentación inadecuada y un acceso limitado a una atención médica adecuada, las cárceles pueden representar un desafío mayor para la salud pública.<sup>30</sup>

En estados unidos en el año 2009 la población carcelaria se ha cuadruplicado en los últimos 25 años y es el país que más población carcelaria tiene en el mundo. Se estimaba una población de 2.3 millones de presos; aunque cuentan con derechos establecidos en la constitución donde existen prohibiciones a tratos crueles, los estudios han indicado que los prisioneros acceden a un sistema de salud a menudo deficiente. Los presos tienen altas tasas de incidencia de condiciones crónicas, especialmente infecciones de tipo viral; sumado a esto el uso de sustancias psicoactivas y enfermedad mental son muy comunes entre los presos.<sup>31</sup> En mayo de 2011, la Corte Suprema de Estados Unidos decidió que el estado de California debía reducir la sobrepoblación carcelaria.<sup>32</sup>

La sobrepoblación, aunada a las malas condiciones de higiene, ventilación e iluminación, acarrea una serie de riesgos para la salud de las y los internos y constituyen condiciones propicias para la producción y fácil contagio de infecciones en la piel y otras enfermedades. La sobrepoblación, el hacinamiento, la violencia, las condiciones de higiene y sanitarias, la falta de acceso a una alimentación sana y al suministro de agua potable, son determinantes de la salud en los centros de reclusión; las condiciones de reclusión que reflejan tratos

---

<sup>30</sup> CHACÓN, I. Contexto penitenciario Colombiano. 2ª ed., citado por HERNANDEZ, Jennifer y Otros. Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana un reto para la salud Pública. Medellín: Colombia; 2010. p. 132 – 140

<sup>31</sup> HIMMELSTEIN, David and Others. The health an health care of US prisoners: Results of a Nationwide Survey. En: American Journal of Public Health. [En línea]. Abril 2009, Vol. 99, [Consultado el 4 de mayo del 2013]. pp. 666-672. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661478/>

<sup>32</sup> MENDEZ, José.. Explotación laboral en cárceles de Estados Unidos: una forma nueva de esclavitud en el siglo XXI (II). 2013. [en línea]. [citado 06 de marzo de 2013]. Disponible en:<http://generacioncubanaxc.wordpress.com/2013/01/07/explotacion-laboral-en-carceles-de-estados-unidos-una-forma-nueva-de-esclavitud-en-el-siglo-xxi-ii>

cruelles, inhumanos o degradantes constituyen además un factor de riesgo para la salud así como el desarrollo y contagio de enfermedades infecciosas.<sup>33</sup>

En enero de 2013, 242 mil 754 personas estaban privadas de su libertad en México, en un espacio diseñado para 195 mil 278, lo cual indica que la ocupación alcanza 124.3 por ciento. Así, según los datos más recientes, en México hay sobrepoblación en 220 de un total de 420 centros penitenciarios.<sup>34</sup>

A pesar de la reducción en la tasa de crecimiento de la población penitenciaria en los últimos años, la situación de hacinamiento aún es crítica. De los 420 centros penitenciarios del país, 220 (52.4 por ciento) presentan sobrepoblación. En celdas construidas para seis u ocho personas, se aloja a 14 o hasta 20 internos.

En el Distrito Federal destacan los casos del Reclusorio Preventivo Sur (274.17 por ciento), el Reclusorio Preventivo Oriente (225.87 por ciento) y el Reclusorio Preventivo Norte (217.65 por ciento). En Jalisco, los casos del Cereso 1 Puerta Grande (275.47 por ciento) y el Reclusorio Preventivo de Guadalajara (234.10 por ciento). De igual forma, en Baja California, el Cereso de Tijuana presenta un porcentaje de ocupación de 246.05. Todos estos reclusorios son una bomba de tiempo, puesto que los motines y la violencia al interior de las cárceles son en gran parte el resultado de las condiciones de hacinamiento y la lucha por el espacio.<sup>35</sup>

En el año 2011, de acuerdo a una investigación realizada por García Guerrero J. para España la ocupación penitenciaria total era del 132,43% en Cataluña y del 136,91% en el resto del estado. La ocupación penitenciaria está muy condicionada por la alta tasa de encarcelados que hay en España. En comparación con otros países europeos, la tasa en el territorio es la más alta y la de Cataluña la tercera más elevada, solo superada por Inglaterra y Gales, con una tasa de 152 encarcelados por 100.000 habitantes. Países como Portugal, Italia, Francia, Alemania, Suecia, Dinamarca y, sobretodo Holanda presenta tasas muy inferiores.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> MEXICO. COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITIO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal: México, 2010 – 2011. p. 162

<sup>34</sup> CENTRO DE ANALISIS DE POLITICAS PÚBLICAS. La Cárcel de México: Para qué?. México, Agosto 2013. p.31. [en línea]. [citado 06 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2013/08/MEX-EVA\\_INDIX-CARCEL-MEXICO-VF.pdf](http://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2013/08/MEX-EVA_INDIX-CARCEL-MEXICO-VF.pdf)

<sup>35</sup> *Ibíd.*, p. 34

<sup>36</sup> SERVEIS PENITENCIARIS, MESURES PENALS ALTERNATIVESI JUSTÍCIA JUVENIL. Estadística Bàsica d'Execució Penal no 13. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010 citado por GARCIA GUERRERO,

En Colombia en el 2013, existían 138 establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, con una capacidad real de 75.726 cupos y una población de 117.528. Se encuentran 36.197 personas a quienes no se les ha definido su situación jurídica. Observándose una sobrepoblación del 55,2% de los cuales la regional Noroeste registra el mayor porcentaje con un 87.1%, seguida de la regional Norte con 83.3%; El Centro carcelario de Riohacha registra el mayor índice de hacinamiento con un 397%. El índice de participación de la población reclusa (117.528) con respecto a la población del país estimada para el año 2013 (47.121.089), es del 0,25% y la tasa por 100 mil habitantes de 249 internos.

El 92,4% de la población reclusa del país está constituida por hombres y el restante 7,6% por mujeres. De igual manera, los sindicados corresponden al 30,8% y los condenados al 69,2%, se mantiene la presunción que por cada persona sindicada hay dos condenadas<sup>37</sup>

La administración de los establecimientos penitenciarios, a cargo del estado, es responsable de desarrollar programas en salud pública con enfoque a la reducción de factores de riesgo asociados al deterioro de la salud mental en especial a los casos de depresión y al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en esta población vulnerable con posibilidad de reducir a través de programas de actividad física y dieta adecuada.

De igual forma la corte Suprema de EEUU en el 2011, describe en cuanto a la salud mental, 19 117 presos federales (14,8%), 312 768 reclusos estatales (25,5%) y 157 634 reclusos en las cárceles locales (25,0%) tuvieron al menos 1 enfermedad mental diagnosticada previamente, la mayoría de ellos habían tomado medicamentos en algún momento antes de su encarcelamiento. Sin embargo, una proporción mucho menor de los internos con un diagnóstico de salud mental estaban tomando medicación psiquiátrica en el momento de su detención: 25.5% de federal, el 29,6% del estado, y el 38,5% de los reclusos en las cárceles locales.

La prevalencia de las condiciones mentales, se encuentra que entre los reclusos con esquizofrenia o trastorno bipolar que nunca habían sido tratados con medicación psiquiátrica, la proporción de tratamiento fue de aproximadamente 1

---

J. Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. En: Revista Español Sanidad Penitenciaria. 2012; 14: 106-113

<sup>37</sup> COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO. Informe Estadístico 2013, p. 25. [en línea]. [citado 06 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/inpec\\_contenido/noticias%20y%20normatividad/estadisticas/informes\\_estadisticos/informe%20estadistico%20diciembre.pdf](http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/inpec_contenido/noticias%20y%20normatividad/estadisticas/informes_estadisticos/informe%20estadistico%20diciembre.pdf).

de cada 3 en el momento del arresto y casi 2 de 3 durante el encarcelamiento. Entre los presos de la cárcel con la esquizofrenia o el trastorno bipolar, el patrón.  
38

En eventos de salud mental como los suicidios tienen una incidencia superior con respecto a la población general; las enfermedades mentales y el uso de sustancias psicoactivas, se constituyen en factores de riesgo importantes dentro de los penales.

Victor Saltykov y Mario Méndez Soto, en un estudio realizado en Costa Rica, observan que el consumo de las bebidas alcohólicas (85%) y del tabaco (78%) que se considera como “sustancias psicoactivas legales”, y marihuana (73%), según entrevistados, tienen absoluta primacía en el periodo antecedente de la reclusión. También el consumo de otras SPA en esta población se encontraba en un nivel bastante elevado: benzodiazepinas (55%), medicamentos con el efecto sedativo (50%), crack (45%) y químicos inhalables (20%).

Por otra parte, durante la privación de libertad se registra un aumento en el consumo de marihuana (hasta 85%) y tabaco (81%), lo que se podría explicar quizás por el intento de sobrepasar los cambios drásticos de la vida de un recluso e influencia de “subcultura carcelaria”.<sup>39</sup>

En términos absolutos, 26.000 internos han consumido heroína alguna vez en la vida, y 36.000 cocaína, y 15.000 y 24.000, respectivamente, consumían dichas drogas al ingresar en prisión; el estudio “*Drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo*”, estudio transversal realizado en noviembre-diciembre de 2000 por la Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida, había estimado que el 77% de la población penitenciaria consumía drogas (incluido alcohol) en el mes anterior al ingreso; la ENDSP (Red Europea de Servicios relacionados con Drogas y SIDA en prisión) aporta el dato de que el 46,6% de los reclusos son drogodependientes antes de ser encarcelados mientras que entre el 3 y el 25% se inicia en el consumo dentro de la cárcel.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> WILPER, Andrew y otros. The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey Mujeres. En: American Journal of Public Health. April 2009, vol. 99, no. 4, p. 666 – 672.

<sup>39</sup> SALTUKOW, Victor y MENDEZ SOTO, Mario. Consumo de sustancias psicoactivas en población penal de Costa Rica. En: Revista Psicología.com. [en línea]. 2005, vol. 9, no.1 [Citado el 4 de mayo del 2013], pp. 1 – 11. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/764/738/>

<sup>40</sup> ESPAÑA. DELEGACION DEL GOBIERNO SOBRE EL PLAN NACIONAL DE DROGAS. Intervención sobre drogas en centros Penitenciarios. España. 2006. p.114

En el año 2005, en un estudio que se realizó en Venezuela con el propósito de determinar la prevalencia del consumo de drogas (cocaína y marihuana) en dos cárceles venezolanas: el Paraíso en Caracas y Centro Penitenciario Región Oriental El Dorado, se encontró que en Paraíso, de los casos positivos, el 47,6% resultaron positivos a la determinación de metabolitos de cocaína y marihuana, 19% fueron positivos sólo a cocaína y 33,3% fueron positivos sólo a marihuana. A través del estadístico utilizado, se comprueba que no existen diferencias significativas en el tipo de droga consumida en las muestras de los penales en estudio.

La impotencia social y la exclusión que experimentan los prisioneros también contribuyen a la conducta suicida, se suma a esto factores de riesgo propios de los establecimientos carcelarios tales como el estado sin sentencia, la ubicación en celdas individuales, y la condena por un delito violento.

Un estudio de prevalencia de ideación suicida y suicidio, sobre información obtenida de registros de salud de población reclusa, de los prisioneros de la correccional con más población (NSW) en Australia, en el año 2009, analizo sobre una muestra de esta población, estratificada por edad, género y condición de aborígen. Entre los resultados se obtienen una prevalencia de 33,7% de ideación suicida y un 20,5% de intento de suicidio. Los investigadores no encontraron diferencias de género en cuanto ideación suicida; sin embargo las mujeres si reportan una mayor prevalencia de intento de suicidio (28,7% vs 19,9%,  $p = 0,03$ ).<sup>41</sup>

En relación a otras variables, el mismo estudio, a través de un análisis univariado, determinaron que el bajo nivel educativo, experiencia en la infancia uso de alcohol y drogas ilícitas en las 12 semanas previas a la encarcelación, fueron significativamente asociadas con un incremento en el riesgo de presentar ideación suicida. El uso de un modelo multivariado, la edad avanzada OR 0,78 IC (0,45-1,33)  $p = 0,36$ , los delitos de tipo violento OR 1,12 IC (0,68-1,86)  $p = 0,67$ , una historia de Trastorno bipolar OR 2,05 IC (0,99-4,21)  $p = 0,05$  y trastornos de tipo depresivo moderados a severo OR 1,38 IC (0,85-2,26)  $p = 0,20$  se asociaron significativamente y aumentaron las probabilidades de ideación suicida.

En el estudio encontraron que entre los presos que expresaban ideas de suicidio, si existía el antecedente de encarcelamiento de los padres, había una asociación

---

<sup>41</sup> LARNEY Sarah and Others. A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. [En línea]. 2012, Vol. 12, [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2222562/>

con materializar un intento de suicidio, pero no había asociación con síntomas depresivos y autolesiones<sup>42</sup>.

Para el año 2010 según Pablo Sáinz de la Hoya en España, los trastornos mentales y las enfermedades infecciosas son algunos de los problemas de salud más comunes entre los más 10 millones de personas que se encuentran encarceladas en el mundo. "Mucho más que en el resto de la población".

Y esta realidad no dista demasiado de otros países, al igual que tampoco hay muchas diferencias entre las principales afecciones de salud que sufren los presos. Seena Faze, de la Universidad de Oxford (Reino Unido) y Jacques Baillargeon, de la Universidad Texas Medical Tranch (EEUU), han analizado la prevalencia de enfermedades físicas y psiquiátricas en este entorno y, además, hacen algunas propuestas para mejorar su atención y tratamiento.

Después de revisar 62 estudios que implican a un total de 230.000 presos, ha observado importantes tasas de VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, psicosis, depresión y trastornos de la personalidad. Los más afectados: las mujeres, los presos a partir de 55 años y los más jóvenes.

En España, puntualiza Sainz de la Hoya, los problemas de salud más frecuentes en las cárceles son: la toxicomanía (antes se pinchaban heroína, ahora fuman crack), las enfermedades derivadas del envejecimiento (hipertensión, diabetes, artritis...), los trastornos psiquiátricos y las infecciones, en las que tenemos subrayar que la profilaxis, los programas de prevención y la implementación de tratamientos están funcionando muy bien".

Teniendo en cuenta, además, que "las patologías más frecuentes en la cárcel suelen agravarse por tratamientos deficientes y falta de seguimiento médico, resulta evidente que la asistencia sanitaria penitenciaria necesita urgentemente medidas de mejora".<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> *Ibíd.*, p. 3

<sup>43</sup> SAINZ DE LA HOYA. Pablo. La asistencia médica penitenciaria debería formar parte de los sistemas de salud pública. *En*: Revista The Lancet. 2010 [En línea]. [Consultado el 25 de marzo del 2014]. Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/11/22/portada/1290439693.html>



En este país se realizó un estudio en los centros penitenciario en el año 2011, en el cual concluyen que la prevalencia vida de presentar cualquier trastorno mental fue del 84,4%. El trastorno por uso de sustancias fue el más frecuente (76,2%) seguido del trastorno de ansiedad (45,3%), trastorno afectivo (41%) y trastorno psicótico (10,7%). Entre los reclusos con trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) los más frecuentes fueron los trastornos por consumo de alcohol y cocaína.

Entre los trastornos inducidos por sustancias el más prevalente a lo largo de la vida fue el trastorno de ansiedad (16,1%), seguido del trastorno afectivo (15,8%) y del trastorno psicótico (7,1%). La prevalencia en el último mes de presentar cualquier trastorno mental fue del 41,2%. El trastorno más prevalente fue el de ansiedad (23,3%) seguido del trastorno por uso de sustancias (17,5%), trastorno afectivo (14,9%) y trastorno psicótico (4,2%). Dentro de las categorías mencionadas previamente, los trastornos más frecuentes fueron el trastorno por uso de cannabis (14,4%), trastorno de ansiedad no especificado (9,2%) y el trastorno depresivo mayor (7,8%).<sup>44</sup>

Los reclusos con trastorno por uso de sustancias (n=539) tenían una alta comorbilidad con los grupos diagnósticos más prevalentes. Así, el trastorno de ansiedad (54,4%) fue el trastorno comórbido más frecuente seguido del trastorno afectivo (48,1%), trastorno psicótico (13,7%) y trastorno adaptativo (6,7%). De hecho, solo 57 reclusos (8 %) presentaron algún trastorno mental sin historia de trastorno por consumo de sustancias. En este subgrupo de pacientes, 33 reclusos (58%) tenían un trastorno afectivo a lo largo de su vida, 28 (49%) un trastorno depresivo mayor, 4 (7%) un trastorno depresivo no especificado, 4 (7%) un trastorno distímico y 1 (1,8%) un trastorno depresivo debido a otras enfermedades; 32 (56%) habían presentado trastorno de ansiedad, 14 (25%) presentaron un trastorno adaptativo y 3 (5%) un trastorno psicótico. La prevalencia en el último mes fue de 25% (n = 14) para el trastorno afectivo y el trastorno de ansiedad y del 5% (n = 3) para el trastorno adaptativo y el trastorno psicótico.<sup>45</sup>

La Defensoría del pueblo, en un informe realizado el 2010, constata en Colombia la existencia de 555 internos con enfermedad mental, el establecimiento Penitenciario con mayor número de enfermos mentales tiene la cárcel de La Dorada, Caldas (Doña Juana), con 94 interno, le siguen en orden de mayor a menor: Pereira con 65, Valledupar con 52, Popayán con 49, Jamundí con 42,

---

<sup>44</sup> GRUPO PRECA. Informe Prevalencia de trastornos mentales en Centros Penitenciarios Españoles. Barcelona: España. 2011. p. 16

<sup>45</sup> *Ibíd.*, p. 16

Cartagena con 35, Huila con 34 y Buga con 28 internos. En seis Reclusiones de Mujeres existe un total de 64 internas con enfermedad mental, las cuales se encuentran distribuidas en Sogamoso, Manizales, Pasto, Armenia, Bucaramanga y Jamundí.<sup>46</sup>

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles se destacan las de tipo cardiovascular, cáncer, diabetes, obesidad, musculo esqueléticas, renales, entre muchas otras se constituyen en un verdadero problema de salud pública en el mundo. Las defunciones asociadas a las enfermedades crónicas duplican en número a las asociadas a las de tipo infeccioso (VIH SIDA, tuberculosis y malaria), enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales.<sup>47</sup>

No es desconocido para la sociedad, que los presos recluidos en los diferentes establecimientos carcelarios del mundo y el país, se constituyen en un sector de la sociedad vulnerable a este tipo de enfermedades, secundario a la mala alimentación y sedentarismo que conlleva a condiciones de sobrepeso y obesidad entre los prisioneros.

Los prisioneros generalmente proceden de comunidades marginadas de la sociedad lo cual aumenta el riesgo aún más, de este tipo de enfermedades. Sumado a esto el sistema de salud de los establecimientos penitenciarios es limitado en la promoción de la salud y en la atención de los enfermos por enfermedades crónicas no transmisibles.

En la revista Lancet en el año 2012, se presenta una revisión sistemática sobre reportes publicados entre 1948 y 2011; 31 estudios, que incluyeron más de 60.000 prisioneros en 884 establecimientos, en países como Australia, Camerún, África, Alemania, Japón; Pakistán, Rumania, Rusia, Taiwan, Bangladesh, Camboya, Nigeria, Inglaterra y Estados Unidos.

Esta revisión, la primera en su clase con enfoque en la población cautiva, se centra en un análisis de la prevalencia de sobrepeso y obesidad asociados a factores de riesgo modificables como los son la dieta y la actividad física. Aunque

---

<sup>46</sup> DEFENSORIA DEL PUEBLO. Situación de los internos con enfermedad mental sobrevenida en los establecimientos de reclusión del País. Colombia; 2010. [En línea]. [Consultado el 4 de marzo del 2014] P. 27. Disponible en [http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe\\_159.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_159.pdf)

<sup>47</sup> COLOMBIA.SECRETARIA DE SALUD DE MEDELLÍN. En: Revista Salud Pública de Medellín. Enero-Junio. 2011. Vol.5, p. 61-74

los resultados de la revisión determinaron que en la población estudiada, a excepción de los residentes en EU que, en todos menos un estudio, los prisioneros masculinos eran menos propensos a ser obesos que los hombres de la población general (tasas de prevalencia variaban de 0,33 a 0,87). Por el contrario, la obesidad fue más frecuente entre las mujeres presas que las mujeres no encarcelados en los Estados Unidos (razón de prevalencia, 1,18) y Australia (razones de prevalencia variaron desde 1,15 hasta 1,20).

En relación a la actividad física, la revisión solo tuvo disponibilidad de estudios de Australia e Inglaterra. Los prisioneros Australianos eran más propensos a alcanzar los niveles de actividad suficientes que la población general en comparación con los presos en el Reino Unido (razón de prevalencia 1,19, IC del 95%: 1,04 -1 · 37, para las mujeres en Australia en 2009 vs 0,32, 0 · 21-0 · 47, para las mujeres en el Reino Unido; las razones de prevalencia variaron desde 1,37 hasta 1,59 para los hombres en Australia vs 0,71, 0,34 -0 · 78, para los hombres en el Reino Unido), en conclusión en Australia los prisioneros realizaban mayor actividad física, que la población general del país; esta diferencia atribuible a la estructura de las prisiones en las cuales si tienen acceso al ejercicio, comparados con Inglaterra; allí las mujeres debían escoger entre una instalación inadecuada para ejercer ejercicios o un régimen de trabajo.<sup>48</sup>

Es relevante realizar la observación en esta revisión que es siendo la más completa al respecto en este tema, señala la ausencia de estudios sobre prisioneros latinoamericanos, a pesar de que los países en vía de desarrollo sobrellevan la mayor carga de estas enfermedades, demostrando la necesidad de estudios sobre los factores de riesgo para nuestro continente.

En un estudio del 2009<sup>49</sup>, determinan la prevalencia de enfermedades crónicas seleccionadas, en la población carcelaria estadounidense, el acceso a los servicios de salud y el tratamiento psiquiátrico pre y post a la encarcelación. Las enfermedades crónicas son frecuentes entre los reclusos; 49 702 presos federales (38,5% [SE = 2,2%]), 524 116 reclusos estatales (42,8% [SE = 1,1%]), y 244 336 reclusos en las cárceles locales (38,7% [SE = 0.7 %]) tenían al menos 1 enfermedad crónica.

---

<sup>48</sup> HERBERT, Katharine and Others. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *En: Journal The Lancet*. [En línea]. Vol. 379, no. 9830. Mayo 26 (2012). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60319-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60319-5/fulltext)

<sup>49</sup> HIMMELSTEIN, David and Others. The health and health care of US prisoners: Results of a Nationwide Survey. *En American Journal of Public Health* [En línea]. Vol 99, Abril (2009). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661478/>

Los presos tenían tasas de diabetes en presos federales 11,1%, presos del estado 10,1% y reclusos en las cárceles locales 8,1%; hipertensión en presos federales 29,5%, presos del estado 30,8% y reclusos en las cárceles locales 27,9%, que comparado con el porcentaje nacional es alto con 6,5%; infarto de miocardio previo en presos federales 4,5%, presos del estado 5,7% y reclusos en las cárceles locales 2,1% , y el asma persistente en presos federales 7,7%, presos del estado 9,8% y reclusos en las cárceles locales 8,6% comparables a los de la no institucionalizada de EE.UU. con 7,5%.

Entre los resultados, determinaron que la población carcelaria comparada con la población general tiene tasas de prevalencia de diabetes, hipertensión y asma, más altas que la población general. Más de 20 000 presos informaron de dar positivo por VIH, incluyendo 1.023 reclusos federales (1,0%), 15 115 presos del Estado (1,6%), y 4.245 reclusos en las cárceles locales (1,2%); esta prevalencia fue el doble que en la población no institucionalizada 2003-2004 NHANES.

Entre los reclusos con problemas médicos persistentes, el 13,9% de los presos federales, el 20,1% de los reclusos del estado, y el 68,4% de los reclusos en las cárceles locales no habían recibido un examen médico ya la encarcelación. Más de 1 de cada 5 presos estaban tomando un medicamento por prescripción, por alguna razón cuando entraron en la prisión o en la cárcel, de los cuales 7.232 reclusos federales (26,3%), 80 971 reclusos estatales (28,9%) y 58 991 reclusos en las cárceles locales (41,8%) suspende el medicamento después del encarcelamiento. Antes de su encarcelamiento, un poco más de 1 de cada 7 presos estaban tomando un medicamento recetado para un problema médico que requiere rutinariamente medicación activa. De éstos, 3.314 federal (20,9%), 43 679 del estado (24.3%), y 28 473 reclusos en las cárceles locales (36,5%) se detuvo la medicación siguiente al encarcelamiento.

Sólo una pequeña parte de los reclusos (3,9% de los federales y el 6,4% de los reclusos del estado) con un problema médico activo para que la vigilancia de laboratorio está indicada de rutina, no había sido objeto de al menos 1 en la sangre prueba desde el encarcelamiento. Sin embargo, la mayoría de los reclusos en las cárceles locales con tal condición (60.1%) no habían sido sometidos a una prueba de sangre.

En referencia al acceso a servicios medicos, el estudio demostro fallas: en el suministro de medicamentos para aquellos con problemas cronicos, y poca

disponibilidad de exámenes de laboratorio de rutina; igualmente fallas en la atención de lesiones, por personal médico.<sup>50</sup>

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en todo el mundo. En los países de ingresos altos, la mayor carga de la enfermedad se observa en las personas de los grupos socioeconómicos más bajos.

En reino Unido en el 2009 se realiza un estudio cuyo fue examinar la prevalencia de cinco factores modificables de riesgo cardiovascular (tabaquismo, actividad física, dieta, índice de masa corporal y la hipertensión) de las mujeres presas en la entrada a la cárcel y luego 1 mes después de la prisión.

Los resultados mostraron que las reclusas se encontraban en alto riesgo de enfermedades cardiovasculares en el futuro; 85% fumaba cigarrillos, el 87% eran insuficientemente activos en beneficio de su salud, el 86% no comió por lo menos cinco porciones de frutas y verduras cada día y el 30% tenía sobrepeso u obesidad.<sup>51</sup>

Ochoa en el 2010 realiza una investigación en las personas privadas de la libertad en Pereira (Colombia), que como resultados describe que la poca ingesta de vegetales, obesidad central, sedentarismo y tabaquismo fueron los factores de riesgo mas prevalentes; el riesgo cardiovascular a 10 años fue entre 10 y 20% en el 10% y mayor al 40% en el 16% de la población; solo el 33% de los valorados fueron clasificados como de bajo riesgo para diabetes tipo 2. El 40% de los participantes tenían IMC superior al normal, clasificando como sobrepeso 31% y obesidad grado I el 8%.<sup>52</sup>

Por otra parte, la situación de morbilidad en los establecimientos carcelarios se encuentra infecciones como la tuberculosis en ocasiones asociadas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH - SIDA), enfermedades de transmisión sexual,

---

<sup>50</sup> *Ibíd.*, p. 672

<sup>51</sup> YUDKIN, P y Otros. Cardiovascular disease risk factors and women prisoners in the UK: the impact of imprisonment. *Health Promot Int*; 24(4): 334-43, 2009 Dec. Mediline ID: mdl-19854844 Disponible en [http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=es&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&q=situacion+de+salud+en+carceles&index=tw&search\\_form\\_submit=Buscar](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=es&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&q=situacion+de+salud+en+carceles&index=tw&search_form_submit=Buscar)

<sup>52</sup> OCHOA, Sergio Andrés y MORENO, Paula Andrea. Riesgo Cardiovascular y de diabetes en población carcelaria de Pereira, Colombia, 2010. En: *Revista Médica de Risaralda*, Vol. 18, no. 2 diciembre de 2012. p. 129 – 133

enfermedades crónicas, consumo de sustancias psicoactivas y lesiones por causa externa.

En el 2011, en Rusia y Georgia se han publicado prevalencias de tuberculosis de 4.560 y 5.995 casos por 100.000 prisioneros. En la región Europea de la OMS se estima que tiene 84 veces más TB que la población no privada de libertad y una prevalencia de 393 casos por 100.000 prisioneros. En la región de América Latina y el Caribe las incidencias estimadas de TB en centros de reclusión son 22 veces mayores que en la población general con tasas en torno a los 1.000 casos por 100.000 prisioneros.

En África, los estudios publicados sobre TB en población reclusa también ponen de manifiesto tasas muy elevadas, en torno a los 3.500 y 5.800 casos por 100.000 prisioneros. En los países asiáticos se han publicado tasas muy dispares, desde una incidencia de 259 casos por 1000.000 prisioneros en Taiwán a prevalencias de 3.900 casos por 100.000 prisioneros en Pakistán. La MDRTB y XDR-TB en PPL supone ya un grave problema de salud pública en aquellos países donde los fármacos antituberculosos, aunque estén disponibles a la PPL, no existe un adecuado control de los mismos. Así en Rusia y en otras Repúblicas de la antigua Unión Soviética se han observado MDR-TB entre el 12 y el 55% de los pacientes previamente tratados. En un estudio en Tailandia se observó que el 19% de los casos de TB eran MDR.<sup>53</sup>

Se ha observado que la tuberculosis (TB) es un problema de salud en el ámbito carcelario 4,5 con rangos de incidencia y prevalencia en prisiones que exceden de manera significativa a los observados en la población general. 6,7 del mismo modo, los rangos de coinfección TB-VIH se han encontrado más elevados en comparación con la población general.<sup>54</sup>

Estas tasas elevadas de TB son atribuibles a la concentración de factores de riesgo entre los reclusos (infección por VIH, uso de drogas intravenosas, entre otras), aunado a las pobres condiciones de vida en las prisiones que facilitan la transmisión. Además los retrasos en el diagnóstico o en el tratamiento se han relacionado con diversos brotes.

---

<sup>53</sup> MARTIN, Vicente y otro. Tuberculosis Extensivamente Resistente y la población privada de la Libertad. Universidad de León de Ginebra, España. En: Rev. española de sanidad Penitenciaria. [en línea]. 2011, Vol. 13 no. 1 [citado 11 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/23/42>

<sup>54</sup> HERNÁNDEZ-LEÓN, Cristhian y otros. Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas. Salud pública de México. Vol. 54, no. 6, noviembre-diciembre de 2012. p. 571 – 578.

Por ello, los centros penitenciarios actúan como reservorios de la infección con riesgo de transmisión hacia las comunidades vecinas. Algunos otros ejemplos son: a) en cárceles españolas se encontró una tasa de incidencia de 2 775 casos en 100 000 reclusos, 77% con infección por VIH;17 b) en Bostwana fue de 3 797 por 100 000, con 30% de coinfección, c) en Brasil de 2 065 por 100 000, con 48.3% de coinfección, y d) en Nueva York (1990-1991), una tasa de incidencia de 156.2 casos por 100 000 y coinfección en 95%.20 En Tijuana, BC se observó una tasa de prevalencia de 2 460 por 100 000 y de coinfección en 7.6%.<sup>55</sup>

La OMS en su informe mundial sobre la tuberculosis para el año 2012, presenta información actualizada sobre este evento, a partir de los datos de los estados miembros de la organización; aunque el informe refiere que ya se ha reducido la epidemia, cumpliendo con el objetivo del milenio, la carga mundial es grande, donde para el año 2011 se presentaron 8.7 millones de nuevos casos (13% coinfectados con VIH).<sup>56</sup>

En Brasil, la tasa de incidencia, de casos de tuberculosis es de 48 por cada 100.000 habitantes, ocupando en su momento el puesto número 22 a nivel mundial, de acuerdo a la organización mundial de la salud, el país contaba con 422.590 presos, con una sobreocupación de más del 89%. Un estudio en el sistema correccional de la ciudad de Campinas, encontró una incidencia de tuberculosis entre 1,497 y 559 por cada 100.000. Un estudio posterior encontraría una incidencia de 787 casos por cada 100.000 prisioneros y 2065 casos por cada 100.000 con cultivos positivos en las estaciones de policía zona norte de Sao Paulo. En la ciudad de Botucatu, los autores mostrarían una incidencia del mismo evento de 1,149 casos por 100000 prisioneros, 20 veces más grande que la población general.<sup>57</sup>

Un estudio de prevalencia realizado en la prisión de Carapicuíba (Brasil), en el 2010 , demostraría de nuevo que la población carcelaria tiene un riesgo significativo en este evento, dado que encontraron una prevalencia 21 veces mayor que la población general.

---

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 576.

<sup>56</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Global tuberculosis report 2012. Washington. 2012.

<sup>57</sup> VIERIA, Amadeu and Others. Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding an diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil, *En: Rev Bras Epidemiology*. [En línea]. 2010, Vol. 13 [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC21180853/>

En el continente Africano, la prevalencia de HIV entre los prisioneros se estima es de dos a 50 veces mayor a la de la población general, y la tuberculosis tiene una prevalencia de 6 a 30 veces superior a la de las tasas nacionales.<sup>58</sup>

Referencian a Zambia, un país donde el gobierno introdujo la terapia antiretroviral gratuita, pero que sin embargo mantuvo una prevalencia alta, con un total de 1.1 millones de individuos infectados. En la más reciente investigación (1999) sobre esta población, se encontró que el 27% de hombres y 33% de las mujeres prisioneras estaban infectados con el virus. En relación a la prevalencia de TBC, que allí es de las más altas del mundo, se estima que entre los prisioneros, es del 15 al 20% para el año 2011. Registros al respecto de mortalidad en el sistema penitenciario de Zambia, estiman que entre 1995 y el 200, 2397 presos y 263 personas que laboraban en los penales murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA incluyendo la TBC.<sup>59</sup>

La investigación conducida sobre un total de 86 prisiones, consistía en un estudio mixto, que incluyo encuestas breves, entrevistas en profundidad semi-estructuradas, entrevistas semi-estructuradas con funcionarios de prisiones, evaluación de las instalaciones, entrevistas a funcionarios del gobierno de Zambia y de las ONG funcionarios, y un análisis de las leyes nacionales y policiales.

En cuanto el diagnóstico y atención de los casos de TBC, amplias variaciones en las tasas de tamizaje de TBC se encontraron en referencia al tipo de establecimiento; encuentran que en prisiones urbanas los tamizajes fueron mayores, los prisioneros adultos femeninos fueron menos diagnosticadas que los hombres, y los juveniles fueron menos diagnosticados que los adultos, y quienes tenían prisión preventiva y eran inmigrantes fueron menos tamizados para TBC que los prisioneros ya condenados.<sup>60</sup>

La ONU-SIDA en el informe del 2012, refiere que el VIH es una amenaza seria para la salud de los 10 millones de personas en todo el mundo que se encuentran privadas de libertad. En la mayoría de los países, la infección con VIH entre la población carcelaria es mucho mayor que entre la que se encuentra fuera de las cárceles, pero la prevalencia de la infección de VIH en diferentes cárceles y

---

<sup>58</sup> TODRYS, Katherine and Others. Imprisoned and imperiled: access to HIV and TB prevention and treatment, and denial of human rights, in Zambian prisons. En: journal of the international AIDS Society. [En línea]. 2011, Vol. 14 [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC21314929/>

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 3

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 10



diferentes países varía considerablemente. En algunos casos, la presencia de la infección por VIH en las cárceles es hasta 100 veces mayor que en la comunidad.

En la Federación de Rusia, a finales de 2002, el número registrado de personas que vivían con el VIH o el sida en el sistema penal sobrepasaba los 36.000 (4% de la población carcelaria), y representaba el 20% de los casos conocidos de VIH en el país. En Letonia, se estima que los internos comprenden un tercio de la población VIH positiva. En un estudio de 2003, la prevalencia de VIH fue del 6.2%. Estonia informó los resultados de cuatro estudios de prevalencia de VIH con tasas de entre el 8.8 y el 23.9%.

En Indonesia, nueve estudios hallaron una tasa de prevalencia de entre 4% a 22% en 2001. En Vietnam, la información dada a conocer en 2000 indicaba que 22.161 privados de libertad habían obtenido un resultado positivo de VIH, con una prevalencia de 28.4%.

En Brasil, en varios estudios, la tasa de prevalencia oscilaba entre el 3.2% a más de 20%. Honduras reportó una prevalencia de 6.8% entre 2.028 privados de libertad en 1998/99. En Zambia, cuatro estudios revelaron tasas de prevalencia del VIH de entre el 16.1 al 27.2%. En Sudáfrica, de acuerdo a una estimación, la prevalencia del VIH en las cárceles era del 41.4% en 2002.

En Europa Occidental, se han informado tasas particularmente altas de países en el sur de Europa — por ejemplo, 14% en España. En los Estados Unidos, se sabe que el 1.9% de los privados de libertad son VIH positivo. En unas pocas jurisdicciones, no obstante, las tasas son mucho más altas, en particular entre las mujeres. En Nueva York, se sabe que el 7.3% de los hombres y el 14.6% de las mujeres que se encuentran privados de libertad son VIH positivos; y en Florida, 3.7% de los hombres en situación de encierro y 7.3% de las mujeres. En Canadá, en un gran número de estudios publicados entre 1989 y 2005, se han informado tasas de entre uno y 11.94%.

También argumenta que hay un flujo constante de personas entre la comunidad y las cárceles. Con 30 millones de privados de libertad que son liberados y vuelven a la comunidad cada año, el aumento del porcentaje de enfermedades en las cárceles tiene serias consecuencias para toda la sociedad.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> ONUSIDA. El VIH Y SIDA en los lugares de detención. Nueva York. 2012, p. 25. [En línea]. [Citado el 4 de junio del 2013]. Disponible en <http://observatoriovihycarceles.org/es/vih-carceles.raw?task=download&fid=172>

En general, aquellos grupos de personas que corren un mayor riesgo de contraer VIH mientras están en la comunidad, se encuentran sobre representadas en las cárceles. Como resultado de ello, el porcentaje de personas con VIH en las cárceles es a menudo mucho más elevado que en la comunidad. Dentro de las cárceles, aquellos que se encuentran privados de su libertad pueden utilizar drogas y tener sexo pero con un acceso limitado a medidas de prevención del VIH (por ejemplo, preservativos y elementos esterilizados para inyectarse) y sin la educación para la salud que está disponible para la gente fuera de la cárcel.

Los factores relacionados con la infraestructura penitenciaria y la gestión de las cárceles contribuyen indirectamente a la vulnerabilidad al VIH. Ello incluye el hacinamiento, la violencia, las actividades de las bandas, la falta de protección para los jóvenes privados de libertad o vulnerables, una falta de capacitación entre el personal penitenciario que también puede ser corrupto, y servicios médicos y sociales deficientes. Como resultado de todos estos factores, el riesgo de la infección por VIH en las cárceles puede ser elevado. Se han dado serios brotes de VIH en las penitenciarías de varios países.<sup>62</sup>

En contraste con el VIH, otras enfermedades que prevalecen en las cárceles y que se transmiten mucho más fácilmente que el VIH presentan un riesgo real no sólo para el personal directamente, sino también para sus familias y para la comunidad en general.

En este informe de la ONUSIDA las tasas de seroprevalencia de la Hepatitis C en las cárceles son aún más altas que las de VIH. La Organización Mundial de la Salud estima que el 3% de la población mundial ha sido infectada con el virus de la hepatitis C (VHC), pero según lo informado, la prevalencia del VHC en las prisiones oscila del 4.8% en una cárcel de la India al 92% en dos prisiones del norte de España.

Dentro de la población carcelaria, ciertos grupos tienen mayores niveles de infección. En particular, las tasas de infección con VIH y VHC entre las mujeres tienden a ser más altas que entre los hombres. Se cree que se debe a que hay una concentración más alta de mujeres detenidas por delitos relacionados con las drogas. Las altas tasas de VIH y VHC en las cárceles están a menudo acompañadas de tasas elevadas de tuberculosis (que puede incluir casos de tuberculosis resistente o multi-resistente), enfermedades de transmisión sexual, drogodependencia y problemas de salud mental.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> *Ibíd.*, p. 35

<sup>63</sup> *Ibíd.*, p. 35

Para el año 2006, la hepatitis C no es una enfermedad de declaración obligatoria y, por lo tanto, sólo hay datos indirectos sobre su incidencia. Sin embargo, la prevalencia estimada de infección por el VHC (que en España se calcula es del 2,6%) y su historia natural permiten estimar razonablemente la magnitud del problema, que es descrito por la OMS como prioritario en el campo de la patología infecciosa. Los estudios realizados en población reclusa muestran porcentajes de infección 16-20 veces superiores (42%-54%) a los de la población no penitenciaria, aunque trabajos recientes sugieren que se ha producido una reducción en los últimos años y que la prevalencia de infección por el VHC en la población reclusa probablemente se sitúe en la actualidad en torno al 36%-38%.<sup>64</sup>

Especial atención requiere un sector de la población penitenciaria Colombia, aquellos que padecen VIH/SIDA, sobre todo en condiciones que vulneran tanto la salud como las presentes en las cárceles colombianas. El Observatorio de VIH y cárceles de Latinoamérica y el Caribe, adjunto a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), obtuvo en 2010 datos acerca de la situación de esta población en las cárceles colombianas capitalinas. Los resultados más relevantes son los siguientes. Se identificaron: 156 casos de VIH/SIDA, 111 casos de tuberculosis, no hubo datos de población que recibiera tratamiento Anti-retroviral, durante el transcurso del año 2010 se aplicaron 467 pruebas de diagnóstico de VIH y por último, 5675 fue el número de la población privada de libertad capacitada en VIH/SIDA

El más reciente informe de la Secretaría de Salud de Cali (Colombia) evidencia que en la Cárcel de Villahermosa se han detectado 400 casos de VIH/SIDA, en la Cárcel de Menores 365 casos y entre las trabajadoras sexuales 158 casos. Al recordar lo mencionado en los grupos focales por los participantes, encontramos que una práctica usual es la visita de trabajadoras sexuales, lo que aunado a la poca frecuencia de uso que se hace del preservativo y a las condiciones de la institución carcelaria, que constituyen realmente barreras, configuran un escenario de salud pública que es prioritario atender.<sup>65</sup>

Las revisadas vulnerabilidades de los reclusos se ven agudizadas por factores como su orientación sexual, condición de salud (población con VIH/SIDA) e identidad (población LGTB). Como lo muestran los resultados de los grupos

---

<sup>64</sup> MOURIÑO, Marco. Incidencia de la hepatitis crónica por VHC y necesidad de tratamiento en los internados de prisión. En: Revista Española de Sanidad Penitenciaria. [En línea]. 2006, Vol 8, no. 3. [Citado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/116/272>

<sup>65</sup> GALINDO, Joan. Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa, Cali; Colombia. Cali: Universidad ICESI. 2012. p. 48 - 49

focales, población con VIH/SIDA es víctima de discriminación al interior del Penal. De igual forma este flagelo lo padecen la población LGTB. Numerosos medios de comunicación han compilado los informes de organismos como la Defensoría del Pueblo que denuncian actos discriminatorios contra esta población. En el mes de febrero del año en curso, el Observatorio de Violencia por Orientación Sexual visitó la cárcel Villahermosa de Cali y advirtió sobre los tratos crueles que recibe la población LGTB en el centro penitenciario<sup>66</sup>.

Por otra parte, al abordar el tópico de consumo de S.P.A., un factor de riesgo que arroja la investigación, es el reconocimiento de formas de consumo de drogas por vía inyectada (9% de los reclusos que hicieron parte de la investigación) y en grupos (54% de los reclusos), lo que se ve reflejado se aludió al consumo de una droga en particular que entre sus formas de consumo, se encuentra la intravenosa. Nos referimos a la heroína (6% de los reclusos reportó que sabía de su consumo dentro de la prisión).

Respecto al acceso a tratamientos por consumo de S.P.A., 77% de los participantes mencionó que no existían y un 11%, afirmó desconocer si existían. Estas cifras dan cuenta de la tristemente célebre invisibilidad de la que gozan las temáticas asociadas al consumo de S.P.A. Lo que asociado a los factores de riesgo que implican el uso de drogas compartidas, dan cuenta de la latente problemática de salud que conforman estos dos factores. Nos referimos a la transmisión de enfermedades vía sanguínea.<sup>67</sup>

El informe visita fiscal de la cárcel distrital, ocupación y funcionamiento, realizado por la contraloría de Bogotá a mitad del año 2013, afirman que el alto consumo de sustancias psicoactivas o drogodependientes, en la Cárcel Distrital, en aproximadamente el 70%, es un indicador de la ineffectividad de los mecanismos de control interno utilizados en los procedimientos de ingreso, custodia y vigilancia.<sup>68</sup>

El consumo de sustancias psicoactivas de las personas privadas de libertad encuestadas evidencia patrones de consumo existentes en grupos poblacionales de alto riesgo. El entorno familiar y de amigos en este grupo poblacional muestra

---

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 46

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 46

<sup>68</sup> CONTRALORIA DE BOGOTA D.C. Informe visita fiscal cárcel, distrital ocupación y funcionamiento. 2012-2013. p. 25

condiciones de vulnerabilidad, tanto para el consumo de sustancias como para la comisión de delitos. En Argentina se agrava esta condición en un 24,0% de las personas por sus antecedentes en institutos de menores, en los cuales la mitad de ellas ya habían consumido alcohol y drogas. En este marco, al comparar los datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en población privada de libertad con población general a partir de datos obtenidos del Estudio Nacional de Hogares, se observan importantes diferencias, especialmente en el consumo de marihuana, cocaína y alguna droga ilícita. El consumo de marihuana en población general es del 16,3% y en población carcelaria es del 55,5%. El consumo de cocaína en población general es del 8,2% y en población carcelaria, 48,6%. A la vez, el consumo de alguna droga ilícita en población general es del 17,1% y en cárceles, 64,4%.

En la población bajo estudio, así como se encontró altos niveles de consumo de alcohol y drogas, también se encontró antecedentes en la recepción de tratamientos: el 24,3% declaró haber recibido con anterioridad a su condición de privado de libertad algún tratamiento por consumo de drogas y el 5,3% por consumo de alcohol. En los recintos penitenciarios recibieron tratamiento un 9,5% de personas por consumo de drogas y un 3,8% por consumo de alcohol. De todas maneras, existe una demanda insatisfecha, es decir, población que tiene consumo y que reconoce la necesidad de recibir tratamientos, principalmente por consumo de tabaco, marihuana, cocaína, psicofármacos y pasta base.<sup>69</sup>

Las Naciones Unidas describen en el cuarto informe realizado en el año 2010, que en algunos países (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Colombia, se indagaron aspectos vinculados al entorno familiar, donde los resultados también indican condiciones de baja contención, maltrato y consumo de drogas. La exclusión y/o la huida de los ámbitos familiares se hacen visibles en los antecedentes de reclusión en institutos de menores, ya sea por infracciones a la ley penal o por medidas judiciales de protección al menor, frente a situaciones de alta vulnerabilidad social. En el caso de Argentina el 24% de los internos que consumieron alguna droga ilícita tuvieron algún tratamiento por adicción antes de ingresar al recinto. El 5% recibió tratamiento por alcoholismo. En Chile un 83% de la población penal usó marihuana alguna vez en la vida y el 57% y 56% consumió cocaína o pasta base, respectivamente. Aquellos que han sido condenados más de una vez en su vida, aparecen con prevalencias de consumo de drogas sistemáticamente mayores que los primerizos.

---

<sup>69</sup> OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias Psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de la libertad. Argentina [En línea]. 2009, p.89. [Citado el 4 de junio del 2013] Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202008000100004>

El 29% de los condenados declara haber usado alcohol todos o casi todos los días alguna vez en su vida, 47% declara lo mismo respecto de marihuana y un 34% ha usado casi a diario algún tipo de cocaína. En su conjunto, 57% reconoce haber consumido diariamente alguna droga alguna vez en su vida. Este consumo abusivo de drogas es muy semejante entre hombres y mujeres.

Considerando cualquier droga ilícita, mientras 6,4 de cada diez personas privadas de libertad consumieron alguna vez una droga ilícita, en la población general del mismo tramo de edad son 1,7 de cada 10. En todas las drogas ilícitas, la población privada de libertad por lo menos triplica el uso de alguna vez en la vida a la población general.

El 5,1% de los privados de libertad usó drogas inyectables alguna vez en la vida, que representan unas 2.165 personas. Un cuarto de los usuarios de drogas inyectables hicieron intercambio de jeringas. El 78,2% de quienes alguna vez consumieron drogas dijeron que en algún momento de sus vidas intentaron dejar de consumir. Las causas aludidas para abandonar el consumo fueron la percepción del daño que le causaba, acompañado de un deseo de mejorar (82,8% de los casos) y por pedidos de la familia (58%). El temor a ser descubiertos fue un causante de importancia para el 27,9% de las personas.<sup>70</sup>

El 24,3% de los internos que consumieron alguna droga ilícita tuvieron algún tratamiento por adicción antes de ingresar al recinto. El 5,3% recibió tratamiento por alcoholismo. En ambos casos (53% en el tratamiento por consumo de drogas y el 48% de los tratamientos por alcoholismo) los tratamientos fueron con internación.

En Uruguay cerca del 70% de los reclusos declaró haber delinuido con anterioridad a la condena o proceso en que fue entrevistado y se encontró una relación inversa entre edad e historia delictiva: a menor edad, mayor porcentaje de historia delictiva, con o sin antecedentes judiciales. De igual modo, el 80% de la población privada de libertad ha experimentado alguna vez con drogas ilegales y el perfil predominante es el policonsumo, que en promedio han probado entre dos y tres sustancias.

---

<sup>70</sup> NACIONES UNIDAS. Consumo de drogas en población privada de la libertad y la relación entre delito y droga. [En línea]. 2010, [Citado el 24 de marzo del 2014]. Disponible en [http://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Consumo\\_de\\_drogas.pdf](http://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf)

Las mayores prevalencias de vida las encontramos en Marihuana (74,1%), Cocaína (51,4%) y Pasta Base (46,3%). Se destaca también el uso alguna vez de alucinógenos que alcanza al 22% de los internos. Los consumidores de Pasta Base son en la mayoría de los casos policonsumidores (uso de cuatro sustancias en promedio). En el 70% de los casos ya habían experimentado con Cocaína y un 60% Inhalables / Solventes antes de consumir Pasta base.<sup>71</sup>

El consumo de drogas en el tiempo inmediatamente anterior a la comisión del delito, si bien es considerablemente alto, es asimismo notoriamente inferior a las cifras registradas en Chile. Un 18% de los detenidos declaró haber consumido marihuana en los tres días previos a la detención; un 8,5% consumió pasta base y un 2,2%, cocaína. Al momento de la comisión del delito las tasas de consumo declaradas son notoriamente más bajas: sólo un 3,2% declaró haber consumido marihuana, un 2,3, pasta base y un 0,5%, cocaína.

En Chile, el consumo de drogas se reporta separadamente para los detenidos por delitos de mayor connotación social y los infractores de la Ley de Drogas. La prevalencia de último año de consumo de marihuana entre detenidos es de 43%, siendo en la población general de 7,5%. Mientras que en población general la tasa anual de consumo de pasta base es de 0,6%, en detenidos esta tasa alcanza el 34%. En cocaína las tasas declaradas de consumo en población general alcanzan un 1,3% para los indicadores de último año, mientras que en detenidos se obtuvo una tasa de 27%.

El consumo de drogas reportado por los detenidos por infracciones a la ley de drogas es todavía más alarmante. La prevalencia de último año de consumo de marihuana alcanza un 68%, superando en 9 veces la tasa observada en población general. El 47,5% de los detenidos por ley de drogas declara haber consumido pasta base el último año, mientras que el 46,4% declara haber consumido cocaína en el mismo período.<sup>72</sup>

Se presentan las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de diferentes drogas en población penal. Los datos muestran que un 83% ha probado marihuana alguna vez en la vida y el 57% y 56% ha probado cocaína o pasta base, respectivamente. Chicota e inhalables tienen registros de 36% y 38% respectivamente, lo mismo que el uso de tranquilizantes y estimulantes que alcanzan registros de 24% y 23%.

---

<sup>71</sup> Ibid., p. 17

<sup>72</sup> Ibid., p. 41

Estas prevalencias no tienen diferencias por sexo, especialmente en pasta base y cocaína donde las declaraciones de consumo de hombres y mujeres son las mismas, en alto contraste con las prevalencias en población general donde las diferencias por sexo en pasta base/cocaína pueden llegar a ser de 3/1.

En Ecuador, el 34% de los reclusos había consumido alguna droga ilícita, alguna vez, antes de su ingreso a los Centros de Rehabilitación Social. La prevalencia de vida de consumo de drogas lícitas en las personas que viven en los Centros de Rehabilitación Social es de 69% para el alcohol y la edad del primer consumo 17 años. Para el cigarrillo la prevalencia es de 46,7% y la edad del primer consumo 16.8 años.<sup>73</sup>

Las drogas ilícitas con mayor prevalencia de vida en la población privada de libertad son marihuana (28,4%), cocaína (10,8%) y pasta base (10,6%). Con porcentajes más bajos aparecen la heroína (1,6%), inhalables (2%), estimulantes (1,5%) y tranquilizantes (3,9%). Hay diferencias de consumo entre hombres y mujeres, pero no muy relevantes.

Antes del ingreso a los Centros de Rehabilitación Social, el 24,4% de detenidos indica que había consumido por lo menos una vez en la vida marihuana, el 9,5% ya había consumido pasta base de cocaína, el 9,4% cocaína, el 3% tranquilizantes, entre las drogas que presentan mayores porcentajes. En su conjunto, el 34,4% de los reclusos había consumido alguna droga alguna vez, antes de su ingreso a los Centros de Rehabilitación Social.

Se aprecia que el mayor consumo de cualquier droga ilícita se ubica en las personas comprendidas entre los rangos de edad de 21 a 30 años (46,9%), seguido de las personas que están entre los 31 a 40 años (28,8%) y luego entre los rangos de edad de 41 a 50 años (13,97%). Esto indicaría que los consumidores de drogas ilícitas privados de libertad se encuentran en edades que tienen que ver con la vida productiva. También se evidencia que en los rangos de edad de 18 a 20 años, así como entre los 51 años y más el consumo de drogas ilícitas es mucho menor.

Las drogas ilícitas más consumidas son marihuana (28,4%), cocaína (10,8%) y pasta base (10,6%). La mayor parte de las personas que consumieron alguna vez en su vida una droga ilícita lo hicieron antes de ingresar al Centro de Rehabilitación Social. Esta situación va en contra de la idea comúnmente

---

<sup>73</sup> *Ibíd.*, p. 45



aceptada y según la cual los internos se iniciarían en el consumo en los mismos Centros. De hecho, llegan ya con un historial de consumo de drogas para luego mantenerlo. Llama por lo tanto la atención que los internos provengan de un colectivo social donde el consumo es alto.

En Colombia, más del 90% de la población penal usó drogas legales alguna vez en la vida y un 38% usó drogas ilegales en igual período. La población privada de libertad presentaba altas tasas de consumo de marihuana 50,2%, marihuana 27,5%, cocaína 10%, bazuco 9,3% y benzodiacepinas 6% durante el último año antes de ingresar a los centros penitenciarios.

La prevalencia de vida de sustancias psicoactivas legales corresponde al 91,4%, siendo la más representativa el alcohol. Aunque la cifra es elevada, se debe tener en cuenta que el consumo de alcohol forma parte importante en muchas prácticas culturales del país y que, en este caso, la prevalencia no es un indicativo de algún nivel de abuso de alcohol. La prevalencia de vida de drogas ilegales es 37,6%, cifra elevada si se considera que en este caso se trata de sustancias en que está prohibido tanto el consumo, como la producción y comercialización.<sup>74</sup>

Por otro lado, las enfermedades transmitidas por alimentos en las cárceles, es otra causa de enfermar y una constante de los brotes encontrados en estos establecimientos, una Investigación realizada de una toxiinfección alimentaria en un centro penitenciario de alta ocupación en Madrid - España en el 2005 concluyen que Un 28% eran casos, cuya sintomatología principal fue dolor abdominal (85%) y diarrea (71%). Todos los alimentos consumidos presentaron tasas de ataque similares. Se asoció con la enfermedad el hecho de comer toda la ración de salpicón de marisco de la comida (riesgo relativo [RR] = 2; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,1-3,8) o toda la ración de gambas rebozadas en la cena (RR = 1,8; IC del 95%, 1,1-3,1). En el análisis de uno de los módulos de la prisión se obtuvo resultados similares a la muestra aleatoria. En una muestra de salpicón de marisco se aislaron *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus* y *Escherichia coli*.<sup>75</sup>

El botulismo es una rara pero potencialmente enfermedad fatal causada por el consumo de comida contaminada con la toxina *C. botulinum*. En octubre del 2011, ocho presos de la prisión de máxima seguridad de Utah fueron diagnosticados con

---

<sup>74</sup> *Ibíd.*, p. 46

<sup>75</sup> HERNANDO, Victoria y otros. Investigación de una toxiinfección alimentaria en un centro Penitenciario de alta ocupación. *En*: Gaceta Sanitaria. [En línea]. 2007, vol. 21, no. 26. [Citado el 13 de marzo del 2014]. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000800003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000800003)

Botulismo. Una investigación del departamento de salud del estado de Utah, identifico al PRUNO, un destilado ilícito, como vehículo de la bacteria. Los principales ingredientes del Pruno son frutas, agua y azúcar. A veces se adicionan ingredientes adicionales, incluyendo raíces vegetales, dependiendo de la disponibilidad de estos en prisión.<sup>76</sup>

Las condiciones generales de vida al interior de las prisiones, repercuten en una mayor incidencia de enfermedades propias de ambientes hacinados e insalubres. En Venezuela en el 2008, describe que las diversas investigaciones realizadas en 8.232 internos, entre los años 2001 a 2003 se mencionan como principales causas de consulta las siguientes patologías: enfermedades de la piel (53%) tales como micosis, dermatitis, y escabiosis, entre otras; gastroenterológicas (12%); quirúrgicas (10%); enfermedades respiratorias (9%) e infecciones de transmisión sexual (8%), cuadros que en general, suelen ser más frecuentes entre los reclusos que en el resto de la población.

En la situación de salud de las mujeres se registra la existencia de enfermedades crónicas relacionadas con hipertensión, problemas respiratorios y problemas renales, entre otros.<sup>77</sup>

La realidad de los establecimientos penitenciarios reúne una serie de factores de riesgo que condicionan la salud de los reclusos como: el hacinamiento, la mala alimentación, deficiencias en la infraestructura que afectan la condición higiénica sanitaria de los presos (baños, la calidad del agua de consumo, luz, ventilación, temperatura, tamaño de los espacios en las celdas y en el centros penitenciario en general)<sup>78</sup>.

La crisis humanitaria que padece la Nación y por supuesto la ciudad capital, por el hacinamiento carcelario, en aproximadamente el 54%, con ocupación de 117.015, Personas Privadas de la Libertad, frente a una capacidad instalada para 75.726,

---

<sup>76</sup> THURSTON Diana and Others. Botulism from Drinking Prison- Made Illicit Alcohol-Utah 2011. En: Morbidity and Mortality Weekly Report. [En línea].2002, Vol 61. [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6139a2.htm>

<sup>77</sup> POSADA A, M. Las cárceles y población reclusa en Venezuela. En: Revista Española de la sanidad Penitenciaria. Barcelona: España. [En línea]. 2008, Vol. 10, no. 1. [Citado el 24 de marzo del 2014]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202008000100004>

<sup>78</sup> COLOMBIA: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4109 (4, diciembre, 2012). Por la cual se efectúan una asignación Interna de apropiación en el Presupuesto de Gastos de Inversión del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia fiscal 2012. Bogotá D. C. El ministerio, 2012. 12 p.

según datos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, a abril 30 de 2013.<sup>79</sup>

El Municipio de Mocoa, en la parte norte del Departamento del Putumayo, fundado en 1563 se caracteriza porque su economía está basada en la agricultura y las actividades comerciales. La ciudad también es punto de referencia social para los colonos que se acercan a las tierras departamentales, atraídos por las explotaciones petrolíferas.

Ubicado en noroccidente del casco urbano del municipio se encuentra el único establecimiento penitenciario y carcelario del departamento, fue Construido en el año de 1984 y puesto al servicio 10 años después, con una capacidad inicial de 120 internos.

Actualmente tiene una capacidad para 360 internos y el No de reclusos son de 660, con porcentaje de sobreocupación del 83%. Se encuentran 599 hombres reclusos y 61 mujeres, no hay embarazadas ni menores de 3 años. Aunque en menor proporción, se presentaron otros eventos transmisibles como enfermedades respiratorias, meningitis, sarampión, tosferina, hepatitis A, los cuales requieren de atención y vigilancia especial teniendo en cuenta que existen factores de riesgos que pueden favorecer su transmisión y por tanto demandar una mayor capacidad de respuesta para la atención y contención<sup>80</sup>.

Para la prestación de servicios de salud a los internos, se realiza a través de la IPS Caprecom, cuentan con un médico contratado por 4 horas, dos enfermeras auxiliares contratadas de tiempo completo, una enfermera jefe de tiempo completo y un odontólogo contratado por cuatro horas. La IPS Caprecom, es la responsable de la notificación de los eventos de interés en salud pública presentados en la población carcelaria, quien no ha realizado las respectivas notificaciones al departamento de acuerdo a los eventos presentados en el centro carcelario

Para el año 2012, se caracteriza por presentar como primer causa de morbilidad la lumbalgia o lumbago es el primer motivo de consulta en los servicios médicos de consulta externa con 166 casos (6.9%) afectando a 25% de los internos (a), siguen en orden de importancia las gastritis agudas con 133 casos (5.5%)

---

<sup>79</sup> COLOMBIA. CONTRALORIA DE BOGOTA D.C. Informe visita fiscal cárcel, distrital ocupación y funcionamiento. 2012-2013. p. 25

<sup>80</sup> *Ibíd.*, p. 12.

afectando a 20% de los internos, la Rinofaringitis aguda con 114 casos (4,8%) afectando a 17% de los internos(a), seguido en orden de importancia el pterigion con 72 casos (3%), la cefalea con 68 casos (2.8%), las infecciones de vías urinarias (IVU) con 65 casos (2.7%), parasitosis intestinal con 58 casos (2,5%), dolor abdominal con 49 casos (2%), vértigos con 47 casos (2%), hipertensión esencial (primaria) 45 casos (1.9%), diarreas y gastroenteritis con 42 casos (1,8%), tiñas de cuerpo con 41 casos (1,7%), vaginitis aguda con 41 casos (1,7%), tiña pedís con 38 casos (1.6%), otros dolores abdominales con 37 casos (1.5%), otitis externa con 30 casos (1.3%), conjuntivitis viral 29 casos (1.2%), trastornos metabólicos con 28 casos (1.2%), insomnio con 27 casos (1.1%) y dolor de la articulación con 26 casos (1.1%).<sup>81</sup>

En cuanto a los eventos de salud pública y de vigilancia epidemiológica se identificó 174 casos de IRA, 42 casos de EDA, 4 casos de varicela, Leishmaniasis cutánea 3 casos, hepatitis A 2 casos, VIH/SIDA 2 casos, dengue 1 caso y Tuberculosis 2 casos. No se puede realizar un análisis más específico debido a que estos eventos no fueron notificados por la IPS Caprecom al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.<sup>82</sup>

Con base en el contexto anterior sobre la problemática carcelaria y su relación con la salud en el ámbito nacional y regional se formuló el siguiente problema:

¿Cuál es la situación de salud de los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa, departamento del Putumayo, durante el año 2013?

---

<sup>81</sup> COLOMBIA. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO. Morbilidad y Eventos de Interés en Salud Pública 2012. En: Boletín Informativo Centros Penitenciarios y/o Carcelarios No. 1. Enero 2013. p. 20.

<sup>82</sup> *Ibíd.*, p. 4

### 3. JUSTIFICACION

Conocer la situación de salud de un grupo o población, es prioritaria para enfocar las diferentes actividades asistenciales y administrativas que se planean. Sin embargo, esta actividad no ha tomado la suficiente importancia dentro de las personas dirigentes de las diferentes instituciones.

En relación a la calidad de vida, la constitución política de Colombia en su artículo 366, establece que: “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades del estado; será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”<sup>83</sup>, lo cual obviamente se hace extensivo a la población interna en los penales del país; la realidad ha demostrado que esta población es vulnerable al deterioro de su situación de salud, dado los factores de riesgos a los cuales están continuamente expuestos.

En el centro penitenciario de Mocoa, no existe información veraz al respecto de la situación de salud de los internos; los datos existentes no permiten valorar las condiciones de salud y saneamiento al interior del penal, de manera que programas de salud enfocados a esta población y una prestación de servicios de salud con calidad son claramente inexistentes.

Este problema de investigación es de gran interés para el municipio de Mocoa y también para el departamento del putumayo, ya que a través de la caracterización del fenómeno salud enfermedad en la institución carcelaria contribuye y aporta datos estadísticos y epidemiológicos para el enfoque de actividades preventivas en el área e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Es de gran relevancia enfatizar que no existe un estudio de esta magnitud en el municipio de Mocoa y el departamento del Putumayo, que nos muestre cual es la situación de salud real de la población carcelaria; existen datos aislados que no son muy concluyentes, subestiman la realidad y se hace necesario establecer un diagnóstico claro y preciso, por cuanto posibilita hacer un análisis de la frecuencia y patrones de comportamiento de los eventos de salud, que conlleven a la reorientación de políticas, modificando así a largo plazo, las prácticas de los reclusos y personal directivo, a través de la toma de decisiones, optimización de recursos, dirigiendo las acciones hacia un mismo propósito, planeando estrategias

---

<sup>83</sup> PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (20, julio, 1991). p.136

interdisciplinarias e interinstitucionales encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población penitenciaria.

El centro penitenciario posee la disponibilidad y recursos necesarios para cumplir con el anterior planteamiento; ubicado en la capital del departamento tiene el acompañamiento de la entidad territorial en cabeza de la Secretaria de Salud Departamental quien realiza asesoría permanente y puede apoyar en la reorientación de las políticas de salud. Igualmente la administración del penal tiene disposición para el desarrollo de prácticas que eventualmente mejoren la calidad de vida de los internos. La inversión de capital en estas mejoras, se verían traducidas en reducción de la morbilidad entre los internos.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir la situación de salud de los reclusos en el centro penitenciario y carcelario del Municipio de Mocoa, durante el periodo enero a diciembre de 2013.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Describir las características sociodemográficas de los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa durante el año 2013.

Describir las características sanitarias y ambientales de los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa durante el año 2013.

Identificar las principales causas de morbilidad de los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa durante el año 2013.

Describir los principales eventos de interés en salud pública que se presentaron en los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa durante el año 2013.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 CONTEXTO GENERAL DE LA SITUACION DE SALUD

Desde la antigüedad las prisiones empleadas para retener, se caracterizaron por ser mazmorras subterráneas o construcciones abovedadas en las que poco o nada se respetaba la condición humana del preso. De hecho en el Génesis, ya se referenciaba la situación de estas prisiones; de manera que desde siempre los establecimientos carcelarios han estado ligados a problemas de salubridad e higiene.

Durante el siglo XVII las epidemias de tifus fueron la constante en dichos establecimientos. Un siglo después la situación de hacinamiento, trastornos psicosociales, enfermedades infecciosas y no trasmisibles, se convirtieron gradualmente en un problema de salud pública, una época en la cual desde ya se evidenciaba el desinterés de la sociedad hacia esta población. En la edad media los centros de reclusión se caracterizaban por ser mazmorras subterráneas y torres de castillos, el recluso era sometido a toda clase de sufrimientos corporales.<sup>84</sup>

Jeremías Bentham en su obra El Panóptico, es el primero en proponer la introducción de una reforma que referencia especialmente la situación de salud, higiene y orden, a través de un tipo de arquitectura llamado panóptico para la construcción de cárceles y una reforma de su administración y de los principios que deben regir en una cárcel. En esta obra hace aportes en referencia al bienestar de los presos.<sup>85</sup>

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

---

<sup>84</sup> 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. [En línea]. 2011, Vol. 21, No. 10, [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Gu%C3%ADa%20para%20el%20control%20de%20la%20tuberculosis%20en%20poblaciones%20privadas%20de%20libertad%20de%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>

<sup>85</sup> BENTHAM, J. El panóptico. Madrid: La Piqueta, 1979. 147 p. ISBN 84-7443-024-0. [En línea]. [Citado el 09 de marzo de 2013]. Disponible en: <https://iedimagen.files.wordpress.com/2012/02/bentham-jeremy-el-panoptico-1791.pdf>



penitenciario vino a tomar horizonte a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX en los ámbitos jurídico, social, doctrinario y político.

El derecho a la salud está reconocido como derecho humano en múltiples instrumentos internacionales de protección, incluyendo las declaraciones, pactos y observaciones generales de los comités de la Organización de las Naciones Unidas, así como en los instrumentos y jurisprudencia del sistema interamericano. Desde 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución de la OMS reconocen este derecho como un imperativo de la comunidad internacional.<sup>86</sup>

Décadas después, tanto el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (pidesc) como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador,<sup>87</sup> consagran el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Ambos textos utilizan una concepción amplia de la salud; incluso el Protocolo de San Salvador reconoce a la salud como un bien público y la define como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

El Protocolo de San Salvador precisa, algunas de las medidas básicas a adoptarse en los Estados para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud. Entre otras, destacan las siguientes:

- La creación de condiciones que aseguren a todas las personas, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
- La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas bajo la jurisdicción del Estado, con especial atención en los grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.

---

<sup>86</sup> ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. La declaración Universal de derechos humanos adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii). (10, diciembre, 1948). p.19

<sup>87</sup> CONVENCION SOBRE DERECHOS HUMANOS. Protocolo de San Salvador. (17, noviembre, 1988). p. 90 ISBN: 978-9977-36-230-4

- La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente

Colombia es un Estado social de derecho que se funda en el respeto de la dignidad humana y en la primacía de los derechos inalienables de la persona. Bajo este marco conceptual, y cumpliendo el mandato constitucional de velar por “la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos” (artículo 282.),<sup>88</sup> se formula el siguiente diagnóstico situacional.

Siguiendo los lineamientos de la Corte Constitucional, se puede afirmar que el mantenimiento de la salud de los internos constituye una de las principales obligaciones estatales. Por ello, con cargo al tesoro público, el Estado debe asumir la responsabilidad integral por el cuidado, prevención, conservación y recuperación de la salud de los internos, independientemente de que estos se encuentren privados de la libertad a título preventivo o de pena.

La atención en salud incluye los aspectos médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos, entre otros. En esta integralidad, el Estado también es responsable del mantenimiento de las condiciones mínimas de higiene, seguridad y salubridad carcelaria, así como de todo lo relacionado a la debida alimentación de los internos.

La salud es un derecho de los internos que se traduce en la posibilidad real y efectiva de recibir la atención médica, psicológica o psiquiátrica que requieran. Los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, la Constitución Política de Colombia, las normas que conforman el sistema penitenciario conceden a los reclusos, en materia de salud, los siguientes derechos.<sup>89</sup>

- Tener atención médica con la prontitud debida, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 24 de las Reglas Mínimas, el artículo 22 de la Declaración

---

<sup>88</sup> PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (20, julio, 1991). p.154

<sup>89</sup> DEFENSORIA DEL PUEBLO. Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia. Diciembre 2003. Pág. 43. [En línea]. [Citado el 09 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI\\_682.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_682.pdf?view=1)

Universal de los Derechos Humanos y los artículos 105, 61 y 62, ordinal 2o, del Código Penitenciario.

- Recibir primeros auxilios a la mayor brevedad posible y, en caso necesario, ser hospitalizados y recibir atención médica especializada.
- Ser provistos de los medicamentos necesarios para la atención de sus padecimientos durante el tiempo que sea necesario, según lo establecido en el principio 24 del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
- Recibir en forma oportuna atención especializada, inclusive quirúrgica, ya sea en el mismo establecimiento o en las instituciones con las que tenga convenio para estos fines, según el numeral 22 de las Reglas Mínimas y el artículo 105 de la Ley 65 de 1993.
- Que los servicios médicos dispongan todas las medidas necesarias para la información, prevención y atención de las enfermedades y su tratamiento, principalmente de aquellos que pueden transmitirse entre los internos, pero con estricto apego a sus derechos humanos. Todo lo anterior, fundamentado en los numerales 25 y 26 de las Reglas Mínimas y en Ley 65 de 1993.<sup>90</sup>
- Que no se les someta a la prueba de detección del VIH, como lo establece el Decreto 1.543 de 1997 en su artículo 38.
- Recibir ayuda psicológica y psiquiátrica en el momento en que así lo requieran, como lo indican los artículos 61, 105 y 107 del Código Penitenciario y Carcelario vigente.
- Que en caso de padecer de enfermedad mental, se les den todos los cuidados que exija su tratamiento y que se les ubique en un dormitorio donde no se les moleste o en un área destinada a enfermos mentales, si esto es necesario.
- Que en caso de padecer de enfermedades infectocontagiosas, se tomen las medidas necesarias para evitar su propagación, siempre que se justifique plenamente y que no sean causa de violación de sus derechos. Artículo 61 y 105, ordinal 2º, del Código Penitenciario y Carcelario.
- Que en caso de padecer de una enfermedad en su fase terminal, se adopten todas las medidas necesarias a fin de evitar, en lo posible, su avance, y para garantizarles el derecho a una muerte digna.

---

<sup>90</sup> *Ibid.*, p. 43.

- Que se evite en todo momento cualquier medida o tratamiento que ponga en riesgo su vida o que pueda provocarles daño o sufrimiento innecesario.

## **5.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE CONCEPTOS DE SALUD PÚBLICA**

La revisión histórica del desarrollo de los conceptos de salud y enfermedad en distintas culturas permite determinar que la salud se aproxima de manera casi universal a la armonía y el equilibrio entre el ser humano y su ambiente, mientras que la enfermedad se asocia a lo opuesto. En la antigüedad, esta relación armónica se estructuraba a partir de creencias religiosas y de la cosmovisión. En siglos recientes, impulsada por el desarrollo de la ciencia y de la medicina, se fue constituyendo progresivamente otra perspectiva. Si bien persiste la idea de un necesario equilibrio para vivir en armonía, éste se sitúa en el plano terrenal, entre el ser humano, los elementos que lo constituyen y el medio ambiente en el que vive<sup>91</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud a partir de una concepción holista, al asimilarla no sólo a la ausencia de enfermedad o invalidez sino a un "completo estado de bienestar físico, mental y social"<sup>92</sup>. Este concepto se amplía a: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." El concepto planteado por la OMS tiene la virtud de invitar a un enfoque amplio y multidisciplinario, en el que la salud se entiende como un equilibrio entre el cuerpo físico, la mente y las relaciones sociales que se tejen con las demás personas o grupos, en los ámbitos familiar y laboral o en la comunidad.

Desde esta perspectiva, la comprensión de la salud y de los procesos patológicos no se puede reducir al abordaje de las características individuales de cada persona (metabolismo, patrón genético, edad, sexo, etc.), y de la relación de adaptación de cada individuo, como organismo biológico, a agentes externos de carácter físico, químico o biológico, sino que debe ampliarse al contexto social en

---

<sup>91</sup> COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal – México. 2010-2011. p.176

<sup>92</sup> CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946, entró en vigor el 7 de abril de 1948, Preámbulo, Citado por, COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal – México. 2010-2011. p. 24

el que se desenvuelven las personas. En efecto, el ser humano es también un ente psicosocial en constante interacción con realidades de orden psicológico, social y cultural, las cuales influyen de forma combinada en la determinación de su estado de salud.

De esta manera, se puede afirmar que los determinantes de la salud constituyen un amplio espectro que abarca “desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones y en las cuales se produce el fenómeno salud-enfermedad”<sup>93</sup>.

La salud pública se refiere tanto a un campo científico como a un ámbito de prácticas que se ocupan de los procesos de salud y enfermedad en la sociedad, así como a las respuestas sociales destinadas a manejar estos fenómenos. Es un campo multidisciplinario que se sitúa entre la epidemiología, la planificación de la salud y la ciencia social; contempla el estudio del fenómeno salud-enfermedad en poblaciones, en su carácter de proceso social. En el ámbito de la práctica, la salud pública se interesa en las estrategias e intervenciones puestas en marcha por los Estados en materia de protección, prevención, y atención en salud de la población.<sup>94</sup>

En 1978, en la Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, organizada por la OMS en Alma Ata, Kazajstán, se reafirma la responsabilidad política de los países miembros en materia de salud que se comprometen a través de la meta Salud para todos 2000 (SPT-2000).<sup>95</sup>

Se articula la salud con la noción de bienestar y calidad de vida y se definen estrategias de acción a partir de la consideración de los determinantes de la salud a nivel individual y colectivo, cimentando con ello el enfoque de la promoción en salud. Se recomienda a los Estados no sólo emprender estrategias para promover comportamientos más saludables en las personas sino también intervenir, de forma complementaria, en la dirección de las condiciones de vida y factores que

---

<sup>93</sup> *Ibíd.*, p. 24

<sup>94</sup> ALMEIDA FILHO, N. y SILVA PAIM, J. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, en *Cuadernos médico sociales*, núm. 75, mayo de 1999, pp. 5-30, Citado por COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal – México. 2010-2011. p.25.

<sup>95</sup> *Ibíd.*, p. 25.

influyen en la aparición de la enfermedad y se sitúan en los niveles grupal y social.<sup>96</sup>

Otra de las preocupaciones ha sido el combate de las inequidades sanitarias. En 2005, la Organización Mundial de la Salud estableció la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, para profundizar el tema y ofrecer asesoramiento a los Estados. El informe publicado en 2008, denunció las grandes diferencias existentes en el ámbito de salud de los países y dentro de ellos, entre los diferentes grupos de población, e invitó a analizarlas desde la óptica del concepto de desigualdad social. Este informe hace énfasis en que los determinantes sociales de la salud son resultado “de la distribución del dinero, el poder y los recursos tanto a nivel mundial, nacional, como local, y que depende a su vez de las políticas adoptadas por los distintos gobiernos”. Por ejemplo, se relacionan las condiciones sanitarias en las que se encuentran las niñas y mujeres, con la violencia a la que son sometidas y con los prejuicios sexistas que reflejan una situación de desigualdad anclada en la sociedad.<sup>97</sup>

En Colombia la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.<sup>98</sup>

Es así, como el enfoque de la salud pública resulta importante para la presente investigación en la medida que nos invita a considerar el proceso de salud-enfermedad en los centros de reclusión a la luz de un conjunto complejo de determinantes no sólo de carácter individual sino también colectivo y relacionados con el entorno físico en el que vive la población privada de la libertad. Esta problemática justifica una respuesta social y una intervención sistemática del estado en la organización de un sistema de salud de prevención, tratamiento y

---

<sup>96</sup> ORTIZ HERNANDEZ, Luis, “Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones”, en Nueva Época, Salud Pública, año 8, núm. 14-15, junio-diciembre de 2003, p. 19, Citada por COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal – México. 2010-2011. p.25.

<sup>97</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2009. Resumen Analítico. [en línea]. [citado 08 septiembre de 2013]. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf).

<sup>98</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122 (9, enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2007. p.26

rehabilitación al que tengan acceso todas las personas, así como una atención a las condiciones de vida de la población, en particular para mitigar y combatir aquellos factores de riesgo que contribuyen a la aparición y propagación de enfermedades dentro del ámbito carcelario.

### **5.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TERMINOS**

**5.3.1 Centros Penitenciarios.** El término “centros penitenciarios” hace referencia a cualquier lugar de detención, incluyendo prisiones, centros de detención preventiva, colonias laborales, reformatorias, prisioneros de guerra, centros de detención de inmigrantes, estaciones policiales y otros sitios donde existan personas privadas de libertad (PPL). Sistema penitenciario (SP) es el conjunto de centros penitenciarios de un país y la organización respectiva de los mismos.<sup>99</sup>

**5.3.2 Privado de Libertad.** Término que se aplica en la modernidad a las personas que han sido detenidos por alguna infracción a la ley y recluidos en algún centro de detención preventiva, para luego ser juzgados y procesados, y de encontrárseles culpables, asignados a algún centro de cumplimiento de condena, tal es el caso de la Granja Modelo de Rehabilitación "Pavón". El término privado de libertad, es menos despectivo que otros tales como: preso, reo, recluso, etc., aunque en el lenguaje popular casi no es utilizado

**5.3.3 Densidad Penitenciaria.** Es la relación numérica entre la capacidad de una prisión o de un sistema penitenciario y el número de personas alojadas en él, que resulta de la fórmula: número de personas alojadas/número de cupos disponibles x 100

**5.3.4 Capacidad Instalada.** Se refiere a la disponibilidad de infraestructura necesaria para albergar al personal recluso.

**5.3.5 Sobreocupación o Hacinamiento.** En el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE) aparece el vocablo “hacinamiento”, común y antiguo, que es la acción de hacinar y cuyo significado exacto es “amontonar, acumular o juntar sin orden” y que alude a una situación en la que el continente a duras penas es capaz de albergar al contenido. Otro vocablo de uso más reciente

---

<sup>99</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe de la IV reunión regional de TB y TB/VIH en centros penitenciarios. San José: Costa Rica; 2008. p. 22

recogido en el diccionario de la RAE es el de “superpoblación”, referido al “exceso de individuos en un espacio determinado”<sup>100</sup>

Por lo tanto, y en base a los criterios de la RAE, para describir que hay “un número desproporcionadamente mayor de presos al previsto cuando se construyó la prisión” podemos utilizar indistintamente.

Es la situación en que la densidad penitenciaria es mayor que 100, porque hay más personas presas que la capacidad establecida para una prisión o para la totalidad del sistema.

**5.3.6 Salud.** Los Estados Miembros de la OMS acordaron importantes principios relacionados con la salud pública que aparecen en el preámbulo del instrumento constitutivo de la referida agencia especializada de las Naciones Unidas. Así, la Constitución define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...” Más adelante este documento establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud no es solamente un estado o condición de la persona, sino también “...uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...”. Lo anterior implica, por consiguiente, que surgen obligaciones para los Estados Miembros de la OMS con relación al ejercicio de este derecho y que por lo tanto “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias adecuadas”<sup>101</sup>

Salud para los internos se traduce en la posibilidad real y efectiva de recibir atención médica, psicológica o psiquiátrica que requieran.<sup>102</sup>

**5.3.7 Atención de Salud.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de

---

<sup>100</sup> DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA DE LA LENGUA. 22ª ed. Madrid: España; 2001, citado por GARCÍA GUERRERO, J. Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 106-113

<sup>101</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución. p. 100.

<sup>102</sup> DEFENSORIA DEL PUEBLO. Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia. Diciembre 2003. Pág. 43. [En línea]. [Citado el 09 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI\\_682.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_682.pdf?view=1)



promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.<sup>103</sup>

Según la Organización de Naciones Unidas, los detenidos tienen derecho, sin discriminación, a una norma de atención de salud equivalente a la disponible en la comunidad en general, incluidas las medidas preventivas. Este principio de equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las prácticas sanitarias óptimas en las cárceles y se basa en las directrices internacionales sobre la salud en el medio penitenciario y los derechos de los detenidos, así como en la política y la legislación de numerosos países.<sup>104</sup>

Por tanto, en las convenciones Intencionales se describe que, el derecho a la salud es reconocido, definido y protegido por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. O Dicho artículo reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y establece las medidas que deben adoptar los Estados Miembros para asegurar la efectividad de este derecho, las cuales entre otras se refieren a la prevención y tratamiento de enfermedades y epidemias y al suministro de asistencia y servicios médicos.

Es oportuno señalar que el derecho a la salud se encuentra íntimamente vinculado a otros derechos humanos de carácter civil y político y a libertades fundamentales. Así, el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que "...nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos..." precisamente para proteger el derecho de todo ser humano a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Esta vinculación entre el derecho a la salud y la integridad física y psíquica del ser humano es de una gran importancia sobre todo para proteger a personas que se encuentran privadas de libertad bajo la jurisdicción del Estado como sucede en el caso de personas internadas en instituciones psiquiátricas, centros penitenciarios o asilos, entre otras.<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (3, abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C. : El Ministerio, 2006. p. 17

<sup>104</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS y ORGANIZACIÓN MUNICIPAL DE LA SALUD. VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. New York, 2007. Pág.11

<sup>105</sup> VASQUEZ, Javier. El derecho a la Salud. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud p. 19. [en línea]. [citado 25 abril de 2014]. Disponible en <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab3/Tab1/el%20derecho%20a%20la%20salud.%20JAVIER%20VASQUEZ%201.pdf>.

**5.3.8 Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.** Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.<sup>106</sup>

**5.3.9 Eventos de Interés en Salud Pública.** Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.<sup>107</sup>

**5.3.10 Prestadores de Servicios de Salud.** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.<sup>108</sup>

**5.3.11 Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>109</sup>

**5.3.12 Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.<sup>110</sup>

---

<sup>106</sup> COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Decreto 3518 (9, octubre, 2006). Por el cual se crea y reglamenta el sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., El instituto, 2006. No. 46.417. p. 6 - 13

<sup>107</sup> *Ibíd.*, p. 13

<sup>108</sup> *Ibíd.*, p. 13

<sup>109</sup> *Ibíd.*, p. 13

<sup>110</sup> *Ibíd.*, p. 13

**5.3.13 Enfermedad.** Alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.<sup>111</sup>

La enfermedad en los centros penitenciarios se puede definir como la aparición de los trastornos físicos, mentales y sociales como consecuencia de la privación de la libertad, las condiciones de insalubridad y deficiente infraestructura en las prisiones.<sup>112</sup>

**5.3.14 Factores de Riesgo/factores Protectores.** Son aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.<sup>113</sup>

**5.3.15 Enfermedades Transmitidas por Alimentos.** Es el síndrome originado por la ingestión de alimentos incluida el agua, que contienen agentes etiológicos en cantidades tales que afectan la salud del consumidor a nivel individual o en grupos de población. Estas pueden ser de dos tipos:

- **Infeción alimentaria.** Son ETA producidas por la ingestión de alimentos incluida el agua, contaminados con agentes infecciosos como: bacterias, virus, hongos, parásitos, que en la luz intestinal pueden multiplicarse o lisarse e invadir la pared intestinal y desde allí alcanzar otros órganos o sistemas.
- **Intoxicación alimentaria.** Son ETA producidas por la ingestión de toxinas formadas en tejidos de plantas o animales, o por sustancias químicas o radioactivas, que se incorporan a ellos de manera accidental, incidental o intencional en cualquier momento desde su producción hasta su consumo. Las alergias por hipersensibilidad individual no se consideran ETA<sup>114</sup>

---

<sup>111</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución. p. 100

<sup>112</sup> SERRANO T, Ma. Dolores. Derecho a la salud de los Internos en centros Penitenciarios y sanidad penitenciaria. En: Revista de Derecho UNED, [en línea]. 2010, no. 6, [citado 25 abril de 2014]. , pp. 413 – 414 Disponible en <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:RDUNED-2010-6-5140&ds=D=Documento.Pdf>

<sup>113</sup> COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Decreto 3518 (9, octubre, 2006). Por el cual se crea y reglamenta el sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., El instituto, 2006. No. 46.417. p. 6 - 13

<sup>114</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia y control de Enfermedades Transmitidas por alimentos. Versión PRO-R02.003.0000-001. Bogotá D.C.: El instituto, 2010. 30 p.

**5.3.16 Enfermedades Crónicas.** Según la OMS, las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias.

**5.3.17 Enfermedades Infecciosas.** Es el conjunto de alteraciones morfo funcionales y productivas, causadas por la presencia y multiplicación por un agente microbiano patógeno (virus, bacterias y hongos) en un organismo humano o animal y la reacción en contra de este, en unas condiciones ambientales determinadas.

**5.3.18 Sustancias Psicoactivas.** Es cualquier sustancia natural o artificial que al ser introducidas por cualquier vía (oral, nasal, intravenosa, intramuscular) ejerce un efecto sobre el Sistema Nervioso Central y son capaces de alterar las emociones, percepciones, estado de ánimo o inhibir el dolor de la persona que las consume.

El consumo de sustancias psicoactivas lleva consigo un sin fin de efectos físicos y Psicológicos, y éstos están basados en el tipo de sustancia que se consuma. Las drogas se clasifican en depresores, estimulantes, y alucinógenos. Por otro lado están las drogas de diseño, que de acuerdo a la sustancia, pueden tener efectos depresores, estimulantes, alucinógenos o una combinación de éstos.

**5.3.19 Prestación Individual de Servicios de Salud.** Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, ó por fuera de éste.<sup>115</sup>

**5.3.20 Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.** Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la presente Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación:

---

<sup>115</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3374 (27, diciembre, 2000). Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2000. 43 p.

diagnóstico y causa externa. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- está conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación.<sup>116</sup>

**5.3.21 Gestión Integral de Residuos Sólidos.** Se define como el conjunto de operaciones y disposiciones encaminadas a dar a los residuos producidos el destino más adecuado desde el punto de vista ambiental, de acuerdo con sus características, volumen, procedencia, costos, tratamiento, posibilidades de recuperación, aprovechamiento, comercialización y disposición final<sup>117</sup>.

**5.3.22 Bioseguridad.** Son las prácticas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud o la vida de las personas o pueda contaminar el ambiente<sup>118</sup>.

**5.3.23 Residuos Hospitalarios y similares.** Son las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea productiva resultante de la actividad ejercida por el generador<sup>119</sup>.

**5.3.24 Residuos Sólido.** Un residuo sólido se define como cualquier objeto o material de desecho que se produce tras la fabricación, transformación o utilización de bienes de consumo y que se abandona después de ser utilizado. Estos residuos sólidos son susceptibles o no de aprovechamiento o transformación para darle otra utilidad o uso directo. El origen de estos residuos se deben a las diferentes actividades que se realizan día a día, pero la mayor parte de ellos es generada en las ciudades, más concretamente en los domicilios donde se producen los llamados residuos sólidos urbanos, que proceden de las

---

<sup>116</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3374 (27, diciembre, 2000). Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Bogotá D.C., El Ministerio, 2000. 43 p.

<sup>117</sup> MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE. Decreto 2676 (22, diciembre, 2000). Por el cual se reglamenta la gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares. Diario oficial. Bogotá D.C., 2000. no. 44.275. p. 2 - 14

<sup>118</sup> *Ibíd.*, p. 2- 14

<sup>119</sup> *Ibíd.*, p. 2 – 14

actividades domésticas en casas y edificios públicos como los colegios, oficinas, la demolición y reparación de edificios<sup>120</sup>.

---

<sup>120</sup> *Ibíd.*, p. 2 – 14

## 6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	EDAD	Menores de 19 años De 20 a 29 años de 30 a 39 años de 40 a 49 años Mayores de 50 años	Razón
	SEXO	Masculino o femenino	nominal
	ETNIA	Afrocolombiana Indígena Mestizo Otro	Nominal
	ESTADO CIVIL	Soltero, casado, viudo, separado y/o divorciado, unión libre	Nominal
	ESCOLARIDAD	Primaria incompleta, Primaria completa, secundaria completa, secundaria incompleta, pregrado, posgrado	Ordinal
	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA		Nominal
	AREA DE PROCEDENCIA	Urbana, rural	Nominal
	SITUACION JURIDICA	Condenado, Sindicado	Nominal
	TIEMPO DE DETENCION	Años	Razón discreta
	Atención medica	De inmediata Al otro día Nunca	Nominal

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
		Se va al hospital Otra Cual	
	Atención Médica especializada	De inmediata Al otro día Nunca Se va al hospital Otra Cual	
	Atención Odontológica	De inmediata Al otro día Nunca Se va al hospital Otra Cual	
2. PERCEPCION DE SALUD Y ENFERMEDAD DE LOS INTERNOS	PATOLOGIAS		Nominal
3. DESCRIPCION SANITARIA Y AMBIENTAL	INSTALACIONES FISICAS		Nominal
	Ubicación del establecimiento alejado de focos de insalubridad y contaminación.	SI NO	
	Condiciones adecuadas de techos, paredes, pisos.	SI NO	
	Seguridad en escaleras, rampas. Señalización y demarcación.	SI NO	
	Buena Iluminación	SI NO	
	Buena Ventilación	SI NO	



VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
	Adecuadas Instalaciones eléctricas.	SI NO	
	<p>INSTALACIONES SANITARIAS</p> <p>Aparatos sanitarios existentes en número y tipo de acuerdo a la cantidad de reclusos.</p> <p>Servicios sanitarios en adecuado funcionamiento.</p> <p>Servicios sanitarios en adecuado material para lavado y desinfección.</p> <p>Recipientes de residuos sólidos de adecuado material, con tapa y bolsa plástica.</p> <p>Servicios sanitarios dotados con elementos de higiene personal.</p>	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	Nominal

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
	Servicios sanitarios para discapacitados.		
	<p><b>CONDICIONES SANITARIAS</b></p> <p>Los techos limpios sin acumulación de suciedades, hongos, polvo o Humedad.</p> <p>Presencia de animales domésticos o de personal diferente a los manipuladores de alimentos.</p> <p>La temperatura ambiental y ventilación adecuada.</p> <p>Los productos químicos utilizados (desinfectante, detergentes, plaguicidas) con rotulo y adecuado almacenamiento.</p> <p>Los equipos y superficies en contacto con los alimentos son de materiales inertes, no tóxicos,</p>	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	Nominal

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
	resistentes a la corrosión, de fácil limpieza y desinfección.	SI NO	
	Las materias primas o alimentos sin procesar se reciben en adecuadas condiciones higiénicas y ambientales.	SI NO	
	Lavado de alimentos o materias primas crudas con agua potable corriente antes de la preparación.	SI NO	
	Alimentos de consumo crudo se lavan y desinfectan con sustancias permitidas	SI NO	
	Almacenamiento de alimentos cocidos y crudos adecuadamente.	SI NO	
	Los alimentos perecederos se almacenan y refrigeran adecuadamente	SI NO	
	Desinfección		

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
	adecuada de equipos, utensilios y superficies en contacto con los alimentos	SI NO	
	Lavado de utensilios con agua potable corriente, jabón o detergente y cepillo.	SI NO	
	El servido de los alimentos con utensilios adecuados	SI NO	
	Desecho de alimentos preparados que no se consumen dentro de las 24 horas siguientes son desechados.	SI NO	
	Certificado médico y controles periódicos del personal manipulador de alimentos.	SI NO	
	Cursos o capacitación en higiene y protección de alimentos a manipuladores	SI NO	

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
	Uniforme adecuado para manipuladores de alimentos	SI NO	
	Higiene personal de manipuladores de alimentos.	SI NO	
	Adecuadas prácticas higiénicas del manipulador de alimentos	SI NO	
	Vida útil de los productos aptos para el consumo humano.	SI NO	
	Productos adecuadamente envasados o empacados en condiciones técnicas y sanitarias.	SI NO	
	Adecuado almacenamiento de alimentos y bebidas expuestas a la venta.	SI NO	
	Los productos que lo requieren tienen Registro Sanitario.	SI NO	
	Existencia de		

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
	extintores de incendios.		
	RESIDUOS SOLIDOS Y LIQUIDOS		Nominal
Cuenta con el plan de Gestión de residuos sólidos.	SI NO		
Sitio de almacenamiento.	SI NO		
Suficientes recipientes para la recolección de residuos.	SI NO		
Dotación de elementos de protección personal para recolectores	SI NO		
Existencia de contenedores.	SI NO		
Material de la construcción de los contenedores	SI NO		
Sistemas sanitarios para disposición y recolección de aguas residuales.	SI NO		
Los canales, sifones y drenajes de	SI NO		

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION
	<p>aguas se encuentran sin taponamiento y en buen estado.</p> <p>Sistema de tratamiento para las aguas residuales del establecimiento</p>	<p>SI NO</p>	
<p>4. EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA</p>	<p>Nombre del evento Código del evento Fecha de notificación Municipio de procedencia Departamento de procedencia Área de procedencia del caso Clasificación inicial de caso Clasificación final del caso.</p>		<p>Discreta</p>

## 7. DISEÑO METODOLOGICO

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional tipo descriptivo de corte transversal.

Estudio que se realizó en el centro penitenciario y/o carcelario en el municipio de Mocoa Departamento del Putumayo, año 2013, ubicado en noroccidente del casco urbano del municipio de Mocoa Capital del Putumayo y al suroccidente del país.

### 7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

**7.2.1 Población.** El universo o población estuvo constituido por 642 reclusos del centro penitenciario y /o carcelario del municipio de Mocoa- Putumayo, de los cuales 583 son de sexo masculino y 59 de sexo femenino.

**7.2.2 Muestra.** Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionó al azar una muestra representativa, con Epi Info 3.5.3 en la opción Statcal se calculó para la población de sexo masculino, con una frecuencia esperada del 20% y un error estimado del 13% una muestra de 103 internos, con un IC del 95%.

Para la población de sexo femenino conformada por 59 reclusas, seleccionando 33, aquellas que aceptaron voluntariamente desarrollar la encuesta, aprobada por el consentimiento informado.

### 7.3 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Las técnicas utilizadas para la recolección de la información fueron la observación directa, una encuesta estructurada a la población reclusa y la revisión documental de todos los registros individuales de prestación de servicios como fuente de datos secundaria, durante el periodo de enero a diciembre de 2013.

Los procedimientos para la recolección de los datos se realizaron con las siguientes actividades estrechamente vinculadas entre sí:



- Oficiar al director del centro carcelario, responsable del suministro de la información, explicándole el objeto real de la investigación, con el fin de obtener la accesibilidad a este establecimiento, aplicar el cuestionario a los recursos y el acceso a los registros individuales de prestación de servicios.
- Solicitar permiso para el ingreso al centro penitenciario para el desarrollo de la guía observacional, la aplicabilidad de la encuesta a los reclusos y la accesibilidad de los registros individuales de prestación de servicios de la atención.
- Con la colaboración de los líderes por patio y el personal guardián que labora en el centro penitenciario se distribuyó el consentimiento informado a los internos con previa explicación del documento.
- Posteriormente, los internos (as) que aceptaron el consentimiento informado aceptaron desarrollar la encuesta.
- Luego de recibir las encuestas, Ingresan los datos al instrumento seleccionado en EPI INFO 7.1.3.3 para medir las variables obtenidas (a esta actividad se le llama codificación de datos), en donde se realizaron mediciones de todas las variables por ser de interés para nuestro estudio mediante el ingreso de la información, marcando la respuesta que corresponda en el caso de las preguntas de selección múltiple o completando la información en el caso de las preguntas abiertas.
- El centro penitenciario proporcionó los Registros de Prestación de servicios, los cuales se revisaron para la obtención de la morbilidad de los reclusos (as) en el año 2013 y posterior análisis.
- Por último, con la compañía de guardianes de la institución se realiza la visita de inspección para el desarrollo de la guía observacional.

En cuanto a la Guía observacional se desarrolló a través de una visita al centro penitenciario y/o carcelario desarrollando la guía con ayuda de los guardianes de seguridad durante tres días. El cuestionario autodiligenciado lo realizaron los reclusos por grupos, previa aceptación del consentimiento informado, entre las 9 a 12 am, y de 2 a 4 pm con dos entrevistadores para su acompañamiento, desplazándose a la biblioteca dentro del centro penitenciario acompañados de los guardianes del establecimiento, durante dos semanas.

## **7.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los instrumentos aplicados en las técnicas utilizadas fueron los siguientes: para la observación se utilizó una guía que evaluó las condiciones sanitarias y ambientales; en la encuesta se aplicó un cuestionario auto diligenciado por los reclusos y un formulario con variables de la revisión de los registros de archivos de la prestación del servicio en salud a los reclusos.

La guía observacional se caracteriza porque se obtuvo información como la Identificación del establecimiento, de la población retenida y verificación de Instalaciones físicas, sanitarias, residuos sólidos y líquidos y vigilancia epidemiológica, que se realizara a través de una visita de Inspección al establecimiento.

La encuesta se caracterizó por obtener la información individual de los internos objeto del estudio en cuanto a características sociodemográficas, causas de morbilidad, aspectos ambientales y sanitarios.

La revisión documental se realiza a través de datos secundarios como son los Registros Individuales de Prestación de servicios, se toma la base de datos desde enero a diciembre de 2013.

## **7.5 PRUEBA PILOTO**

Para el desarrollo de la prueba piloto se tomó internos de igual cárcel con las mismas características, población diferente a la que se aplicara la encuesta del estudio.

## **7.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS ESTADISTICOS**

Para la organización, sistematización y análisis de la información de cuestionario auto diligenciado se agrupó numéricamente los datos que se ingresen en un formato, creado en el programa EPI INFO 7.1.3.3, se realizaron tablas y cruces estadísticos, para poder hacer los respectivos análisis sobre las causas de morbilidad y sus factores asociados de acuerdo a la clasificación internacional CIE 10.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de la guía observacional y en la revisión de los registros Individuales de Prestación de servicios, de acuerdo a la clasificación Internacional CIE10 se efectúan las tablas y cruces estadísticos de la morbilidad encontrada en la atención en salud.

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base al tipo de variables, se detalló las medidas de resumen de las variables y su presentación (cuantitativas y/o cualitativas), indicando los modelos y técnicas de análisis (estadísticas, no estadísticas o técnicas de análisis de información no numérica, etc.).

## **7.7 CONSIDERACIONES ETICAS**

La Declaración de Helsinki se tuvo en cuenta en el desarrollo de la investigación, se aplicaron las normas éticas en el respeto de las personas participantes en ella y en sus derechos. Se tuvo en todo momento las precauciones para resguardar la integridad e intimidad de las personas y la confidencialidad de la información. Además las personas participantes lo hicieron libre y voluntariamente y se les informó que pueden retirarse de la investigación cuando lo deseen. <sup>121</sup>

Una vez se les informo a los participantes sobre los objetivos de la investigación, sus métodos y demás aspectos pertinentes, se aplicó el consentimiento informado voluntario con los participantes de acuerdo a lo establecido en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. <sup>122</sup>

De acuerdo a la Declaración de Helsinki, la investigadora pondrá a disposición del público los resultados de la investigación con integridad y exactitud de los datos. Al finalizar la investigación, los participantes recibirán la información sobre los resultados de la misma.

---

<sup>121</sup> DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. [en línea]. [citado el 16 de marzo de 2013] Disponibles desde: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf).

<sup>122</sup> CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Ginebra, 1993. [en línea]. [citado el 16 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/e72f42nzeef4ijow6kdbezqrigxdo5r242vhbvsr2n2u5pkoiq6d76sggrzyuzm4cz4uvt2nrobimb/CIOMSSP.pdf>

De acuerdo con las Normas de Buenas Prácticas Clínicas<sup>123</sup>, toda información proveniente de la investigación, se registrará y guardará durante cinco años después de finalizada la investigación, para permitir su verificación, reporte e interpretación. En los registros se protegerá la identidad de los sujetos, asignándoles un código y al publicar los resultados de la investigación se mantendrá la confidencialidad en la identidad de los sujetos que participaron en la investigación.

La investigación de acuerdo a la Resolución No. 008430 de 1993<sup>124</sup>, que contribuye al desarrollo e acciones que contribuyan al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud, al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, garantizando la seguridad de las personas participantes en ella, constituye una investigación de resto mínimo. Además, se informará el desarrollo de la investigación a los participantes de la misma.

El presente estudio corresponde a una investigación sin riesgo dado que se utilizaron métodos de investigación de tipo documental, sobre los Registros Individuales Prestaciones de Servicios (RIPS), encuestas y una guía observacional, y no se realizó ninguna intervención a de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales sobre los individuos que participaron en el estudio.

---

<sup>123</sup> NORMAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS (BPC). [en línea]. [citado el 16 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/.../Guidances/ucm073128.pdf>

<sup>124</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D. C.: El Ministerio, 1993. 12 p. [en línea]. [citado el 16 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)

## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio. Para el análisis cuantitativo se toma datos de los registros individuales de Prestación de servicios y la encuesta. Además una lista de chequeo.

### 8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La población encuestada se concentra en el rango de edad de los 20 a 49 años, en mayor proporción en el grupo etareo de 40 a 49 años con un 26,47%, lo cual refleja que al interior del penal la población adulta es la de mayor proporción. Tabla 1

Proporcional a la población carcelaria real, el 75,74% de los encuestados correspondían a sexo masculino. La edad promedio fue de 36 años.

Tabla 1. Distribución porcentual según grupo de edad en los internos (as) de la cárcel de Mocoa - Putumayo, año 2013.

Grupos de edad	No.	%
Menores de 19 años	4	2,94%
De 20 a 29 años	51	37,5%
de 30 a 39 años	28	20,59%
de 40 a 49 años	36	26,47%
Mayores de 50 años	17	12,5%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

El departamento del Putumayo cuenta con varios grupos indígenas y fue importante tener representación de un porcentaje de población indígena, los cuales dentro de la encuesta representaron el 30,37%.

En relación al estado civil, el 45,59% manifestaron ser solteros y el 44,17% están casados o en unión libre. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución porcentual según Estado Civil en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Soltero (a)	62	45,59%
Unión Libre	47	34,56%
Casado	13	9,56%
Viudo	9	6,62%
Separado/divorciado	5	3,68%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

Referenciando el nivel de escolaridad se resalta que solo el 26,47% tiene el nivel de escolaridad de secundaria completa y solo uno de los encuestados manifestó haber cursado el nivel de pregrado. Tabla 3

Tabla 3. Distribución porcentual según Educación en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>EDUCACIÓN</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Secundaria Completa	36	26,47%
Primaria Incompleta	32	23,53%
Secundaria Incompleta	30	22,06%
Primaria Completa	27	19,85%
Ninguno	8	5,88%
No responde	1	0,74%
Secundaria completa	1	0,74%
Universitario o pregrado	1	0,74%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

En cuanto al lugar de procedencia del total de encuestados, el 52% manifiestan ser del Putumayo, y en mayor proporción el 67,6% manifestaron ser del Medio putumayo, de municipios como Mocoa, Villa Garzón, Puerto Asís, Puerto Caicedo y Puerto Guzmán, constituyéndose este centro penitenciario como receptor

principal de población del mismo departamento. El porcentaje restante manifestó ser de otros departamentos como el Cauca y Huila, en un 40%.

El Putumayo es un departamento donde la población se concentra especialmente en la zona rural. Contrario a esto, la composición de los encuestados en cuanto al área de procedencia, determino como el 31,62% provienen de zona rural. Tabla 4.

Tabla 4. Distribución porcentual según Área de Procedencia en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>AREA DE PROCEDENCIA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Urbana	88	64,71%
Rural	43	31,62%
No responde	5	3,68%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

Como es la constante en otros penales del país, en la cárcel de Mocoa aun parte de los encuestados, su situación jurídica no ha sido definida, encontrando que del total de encuestados el 25% permanecen aún en estado de sindicado, de los cuales el 36% llevan un tiempo superior a 12 meses sin definición de condena. El 46,08% han recibido penas de 6 hasta 10 años; 7 encuestados fueron condenados a más de 15 años de prisión. El 66,67% han cumplido de 1 a 5 años de la pena. Tabla 5

Tabla 5. Características jurídicas de los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>SITUACIÓN JURIDICA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Condenado	102	75,00%
Sindicado	34	25,00%
Total	136	100,00%
<b>TIEMPO DE SINDICADO</b>		
Menor 12 meses	22	64,71%
12 a 24 meses	8	23,53%
25 a 36 meses	4	11,76%

Total	34	100,00%
<b>TIEMPO DE CONDENA</b>	No.	%
12 a 60 meses	28	27,45%
61 a 120 meses	47	46,08%
121 a 180 meses	17	16,67%
181 a 240 meses	5	4,90%
301 a 360 meses	1	0,98%
Menor 12 meses	1	0,98%
No responde	3	2,94%
Total	102	100,00%
<b>TIEMPO DE CUMPLIMIENTO DE LA CONDENA</b>		
12 a 60 meses	68	66,67%
61 a 120 meses	5	4,90%
Menor de 12 meses	15	14,71%
No responde	14	13,73%
Total	102	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

## 8.2 PERCEPCION DE SALUD Y ENFERMEDAD DE LOS INTERNOS

El tema del estado de salud de los internos generalmente se considera asociado al estado de los penales. Un dato importante que arrojó la encuesta fue el estado de salud de los internos al ingresar al penal donde el 77,94% manifestaron que enfermaron luego de ingresar a la cárcel. Tabla 6

Tabla 6. Distribución porcentual según estado de salud al ingreso del penal, cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>ESTADO DE SALUD AL INGRESO DEL PENAL</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Enfermo	106	77,94%
Sano	30	22,06%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013



La percepción en la oportunidad en la prestación de servicios médicos básicos y especializados también fue evaluada. El análisis del requerimiento de algún tipo de atención determino que hay una mayor disponibilidad de atención odontológica inmediata, comparado con la atención médica. El 2.83% de los encuestados manifestaron que la atención medica fue inmediata comparado con un 15,38% de la atención odontológica. También llamo la atención en cuanto a la consulta médica que el 32,08% de los encuestados manifestaron que la asignación de cita tomo un mes y que el 9.43% a pesar de haberla requerido, nunca les fue asignada. Es importante resaltar que al menos 15,38% de los encuestados no han solicitado atención de tipo odontológico, a pesar de que el tiempo de asignación de citas es mejor que las consultas de tipo médico. Tabla 7

Tabla 7. Distribución porcentual según Tiempo en la Prestación del Servicio Médico y Odontológico en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>TIEMPO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>%</b>	<b>ODONTOLÓGICO</b>	<b>%</b>
Inmediata	3	2,83%	16	15,38%
Al otro día	15	14,15%	11	10,58%
A los dos días	15	14,15%	11	10,58%
A la semana	22	20,75%	20	19,23%
Al mes	34	32,08%	16	15,38%
No se ha solicitado	3	2,83%	16	15,38%
Nunca	10	9,43%	12	11,54%
Otros	4	3,77%	2	1,92%
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,00%</b>	<b>104</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

En la remisión a consulta especializada, el 23,36% de los encuestados respondieron que a pesar de haberla requerido, nunca les fue suministrada. Tabla 8

Tabla 8. Distribución porcentual según Tiempo en la Prestación del Servicio Especializado en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>TIEMPO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No se ha solicitado	32	29,91%
Nunca	25	23,36%
Cada mes	16	14,95%
Cada seis meses	13	12,15%
Cada tres meses	14	13,08%
Inmediata	5	4,67%
Otra	2	1,87%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

En las infecciones de transmisión sexual, se evaluó especialmente el conocimiento adecuado que tuvieron los encuestados al respecto, donde el 90,44% (123 encuestados) respondieron afirmativamente conocer que era una ITS; sin embargo al presentar diversas opciones de conceptos de ITS, el 25,74% respondieron de manera errónea o no respondieron 19,85%. Tabla No. 9

Tabla 9. Distribución porcentual según Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>CONCEPTO DE ITS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Enfermedad que se transmite por contacto sexual	37	27,21%
Son SIDA, sífilis, gonorrea, herpes, verrugas, hongos y otros	35	25,74%
No responde	27	19,85%
Enfermedad que se transmite por contacto sexual con una persona contagiada	16	11,76%
Enfermedades venéreas	9	6,62%
Relaciones sexuales sin protección	5	3,68%
Son enfermedades como la gonorrea, sífilis y el sida que se transmite por relaciones sexuales	3	2,21%
Diferencias en órganos genitales	2	1,47%
Es una enfermedad contagiosa	1	0,74%
Se transmite cuando no se protege	1	0,74%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

En la fuente de información al respecto del tema el 41,47% de los encuestados manifestaron que su conocimiento derivó de los medios de comunicación y tan solo el 6,96% respondieron haber recibido capacitaciones al respecto y en un menor porcentaje de 4,34% la información obtenida provino de personal de salud calificado; este último debería ser la principal fuente de información en un centro penitenciario. Tabla 10

Tabla 10. Distribución porcentual según el medio por el cual Adquieren la Información de las Infecciones de Transmisión Sexual en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Medios de difusión o comunicación	48	41,74%
Amigos/Familiares	22	19,13%
Capacitación	8	6,96%
Colegio	3	2,61%
Personal de salud	5	4,34%
No responde	2	1,74%
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

En la disponibilidad de pruebas, el 50,74% respondieron que si se habían practicado algún tipo de examen específico para ITS. El 10,29% de los encuestados manifestaron haber adquirido algún tipo de ITS, siendo la más frecuente las candidiasis).

La tuberculosis, es una de las enfermedades comunes en este tipo de espacios; también fue evaluada si los encuestados padecían de este evento, encontrando que el 5,15% manifestaron haberla adquirido.

Al evaluar el consumo de sustancias psicoactivas se encontró que el 35,29% de los encuestados manifestaron consumir sustancias psicoactivas, donde la mayor proporción manifestó en un 54,17% que ya tenían un habito de consumo desde antes de ingresar al penal, con un tiempo de consumo entre 1 y 4 años en el 27,08% de los encuestados. Tabla 11

Tabla 11. Distribución porcentual según Consumo de Sustancias Psicoactivas en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>INICIO DEL CONSUMO DE PSICOACTIVAS</b>	No.	%
En la cárcel	14	29,17%
Antes de entrar a la cárcel	26	54,17%
No responde	8	16,67%
Total	48	100,00%
<b>TIPO DE SUSTANCIA</b>	No.	%
Cigarrillos	35	39,77%
Marihuana	25	28,41%
Alcohol	15	17,05%
Derivados de coca (Cocaína, perica, crack, éxtasis)	12	13,63%
Total	88	100,00%
<b>TIEMPO DE CONSUMO</b>	No.	%
1 a 4 años	13	27,08%
5 a 10 años	10	20,83%
Más de 10 años	14	29,16%
Menos 1 año	2	4,17%
No responde	9	18,75%
Total	48	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

Por otra parte, aunque el tráfico de drogas al interior de las instituciones es controlado, el 43,18% respondieron consumir sustancias ilícitas, donde el 28,40% respondieron que la marihuana era la de mayor consumo.

Quienes respondieron afirmativamente al uso de sustancias psicoactivas, en la mayor proporción informaron tiempos de consumo superiores a 10 años.

El uso de cigarrillo y el alcohol correspondió al 56,8% de sustancias de consumo. Por semana el 42,6% de los consumidores de cigarrillo fumaban entre 1 y 10 unidades. 20% de los encuestados fuman entre 71 y 100 unidades por semana, donde el 37,14% de estos llevan entre 1 y 4 años con este hábito.

Llamo la atención que el 17,05% manifestaron consumir alcohol, y al evaluar la frecuencia, informaron de consumos semanales en el 19,35% de los casos y diarios en un 3,23%, a pesar de las restricciones de este tipo de sustancias al interior de la cárcel.

Abordando el tema de hipertensión, los encuestados respondieron en mayor proporción haber sido objeto de toma de presión arterial, donde el 12,50% afirmaron sufrir de presión arterial alta. Tabla 12

Tabla 12. Distribución porcentual de la Información Obtenida sobre patologías crónicas, en los internos (as) de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>INFORMACIÓN SI SU PRESIÓN ARTERIAL ES ALTA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
NO	118	86,76%
SI	17	12,50%
No responde	1	0,74%
Total	136	100,00%
<b>TIEMPO EN EL CHEQUEO DE AZÚCAR</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Nunca	76	55,88%
No recuerda	19	13,97%
Más de un año	26	19,11%
No sabe/no está seguro	8	5,88%
En el último año	5	3,68%
No responde	3	2,21%
Total	136	100,00%
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL AUMENTO DEL COLESTEROL</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
NO	117	86,03%
SI	17	12,50%
No responde	2	1,47%
Total	136	100,00%
<b>TIEMPO EN EL CHEQUEO DEL COLESTEROL</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Nunca	88	64,71%
No sabe/no recuerda	15	11,03%
En el último año	11	8,09%
Más de un año	20	14,7%
No responde	2	1,47%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

En la Tabla 12 se describe también la evaluación de los niveles sanguíneos de glucosa hace parte de los programas de promoción y prevención. Se observa que solo al 12,50% de los encuestados les ha sido practicada dicha medición; solo dos

personas manifestaron estar informados de tener diabetes o un nivel alto de glucosa.

Al igual que la glucosa, el colesterol es otro analito de medición incluido en los programas de promoción y prevención. De la misma manera el 12,50% de los encuestados manifestaron tener un aumento en los niveles de colesterol.

La medición realizada de manera más reciente para valorar los niveles de colesterol fue en un bajo porcentaje del 8,09%, correspondiente al último año.

El índice de masa corporal (IMC) como medida del estado nutricional fue calculado sobre los anamnesis y examen físico en las consultas externas a las que acudieron los internos encuestados, encontrando que el 58,09% de la población obtuvo un valor normal a pesar de que la frecuencia del ejercicio regular entre los encuestados es realmente baja. Tabla No.13

Tabla 13. Distribución porcentual según Índice de Masa Corporal y frecuencia de ejercicio en los internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>ÍNDICE DE MASA CORPORAL</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Normal 18,5 a 24,9	79	58,09%
Sobre peso 25 a 29,9	35	25,74%
Sin dato	13	9,56%
Obesidad GI 30 a 34,9	7	5,15%
Otros	2	1,47%
Total	136	100,00%
<b>FRECUENCIA DEL EJERCICIO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Una vez a la semana	45	33,09%
Nunca	36	26,47%
Dos o tres veces en la semana	20	14,71%
Esporádicamente	19	13,97%
Diariamente	14	10,29%
No responde	2	1,47%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

Fue importante también conocer si los encuestados tenían alguna percepción sobre la utilidad del ejercicio, encontrando que en su mayoría conocen de las cinco premisas planteadas como beneficios de la actividad física. Tabla 14.

Tabla 14. Distribución porcentual de las Premisas del Ejercicio en los internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>PREMISAS PARA LA SALUD CON EL EJERCICIO FISICO</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Mejora la capacidad física	124	91%	12	9%	136	100%
Sirve para bajar de peso	118	87%	18	13%	136	100%
Debe realizarse 3 veces a la semana para que sea beneficioso	115	85%	21	15%	136	100%
Previene las enfermedades del corazón	114	84%	22	16%	136	100%
Disminuye la posibilidad de Sufrir Infarto	111	82%	25	18%	136	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

La carencia de espacios adecuados que se suma a la falta de motivación o situación de salud contribuyen a que los internos no tengan una actividad física adecuada. Tabla 15

Tabla 15. Distribución porcentual de las Razones por las cuales No realizan Ejercicio en los internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>RAZONES PARA NO REALIZAR EJERCICIO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No responde	19	52,78%
Enfermo	6	16,67%
Discapacidad	3	8,33%
Sin motivación/No le gusta	6	16,6%
Lugar adecuado	2	5,55%
Total	36	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

La situación hacinamiento también es una situación con la que conviven los internos de este penal; el número de internos por celda o alojamiento excede los límites permisibles. Tabla 16

Tabla 16. Distribución porcentual de Número de Internos por Celda en los internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>NÚMERO DE INTERNOS POR CELDA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
De 39 a 52 internos	59	43,38%
De 3 a 4 internos	57	41,91%
De 12 a 20 Internos	20	14,71%
Total	136	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

El 59,56% respondieron que las baterías sanitarias están conformadas por inodoro, ducha y lavamanos, Casi la totalidad manifestaron que si existe una o dos baterías sanitarias por celda o alojamiento. En cuanto la disposición de lavaderos, el 43,70% informaron de dos unidades por patio.

Fue evidente en cuanto al suministro de elementos de aseo y lencería los presos es limitado lo que reciben por parte de la administración del penal es tan solo el



7,35% de los elementos de aseo y el 8,09% de productos de lencería, en su gran mayoría son recibidos por parte de familiares o adquiridos por ellos mismos.

Los espacios usados como dormitorio también fueron evaluados; son pocos los encuestados que duermen en una cama. La mayor proporción de respuestas evidenciaron que el 35,76% duermen debajo planchas usadas como camas, en cambuches improvisados o en lo que ellos llamaron “huecos” (Tabla 17). El estado de dichos espacios estaba también deteriorado por la humedad de acuerdo a lo que manifestaron en la encuesta.

Tabla 17. Distribución según el punto de descanso de los Internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>LUGAR DE DESCANSO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Debajo de la plancha/cambuche/hueco	50	36,76%
Plancha	45	33,09%
Suelo/carreta o piso	30	22,06%
Cama	10	7,35%
No responde	1	0,74%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

La distribución de residuos sólidos es clave, para evitar las condiciones de insalubridad que habitualmente se presentan en las cárceles. Un porcentaje importante de los encuestados manifestaron que si han recibido capacitaciones al respecto, pero son infrecuentes o casi inexistentes. Tabla 18

Tabla 18. Distribución porcentual según Frecuencia en la Capacitación en Residuos Sólidos a los Internos de la cárcel de Mocoa- Putumayo, año 2013.

<b>FRECUENCIA DE LAS CAPACITACIONES SOBRE RESIDUOS SÓLIDOS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Nunca	68	50,00%
Cada seis meses	29	21,32%
No responde	20	14,71%
Cada mes	19	13,97%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada en el estudio cárcel Mocoa, 2013

La existencia de procesos de reciclaje es igualmente escasa, el 90,44% de los respondieron que no se realiza y no disponen de canecas u otros materiales para reciclar. Respondiendo que los residuos sólidos son mezclados.

Al revisar los Registros de Prestación de servicios en el centro carcelario y Hospital José Ma. Hernández, se observa que para el año 2013, las principales causas de morbilidad son de tipo infeccioso, infecciones en vías urinarias, dermatitis, bronquitis, conjuntivitis y amebiasis entre las primeras 10 causas. Patologías de tipo crónico como la hipertensión correspondieron a solo 1.1% de las causa de consulta en la población interna. Tabla 19

Tabla 19. Morbilidad general según veinte primeras causas en internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013

DESCRIPCION	No.	%
Infección de Vías Urinarias, sitio no especificado	276	12,6%
Dermatitis Infecciosa	150	6,9%
Lumbago no especificado	148	6,8%
Gastritis, no especificada	127	5,8%
Bronquitis aguda, no especificada	118	5,4%
Conjuntivitis aguda, no especificada	95	4,3%
Dolor en articulación	85	3,9%
Cefalea	47	2,1%
Mialgia	46	2,1%
Amebiasis, no especificada	40	1,8%
Otros dolores abdominales y los no especificados	40	1,8%
Traumatismo, no especificado	35	1,6%
Trastornos de la acomodación	29	1,3%
Hipertensión esencial (primaria)	25	1,1%
Infección intestinal bacteriana, no especificada	24	1,1%
Rinitis vasomotora	24	1,1%
Amigdalitis aguda, no especificada	21	1,0%
Mareo y desvanecimiento	21	1,0%
Fiebre, no especificada	17	0,8%
Dolor precordial	16	0,7%
Total primeras 20 causas	1384	63,3%
Otras causas	804	36,7%
Total de morbilidad	2188	100,0%

Fuente: RIPS Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa y ESE Hospital José Ma. Hernández. Año 2013

Tabla 20. Morbilidad general en sexo masculino según veinte primeras causas en internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013

DESCRIPCION	No.	%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	213	7%
Lumbago no especificado	138	4%
Dermatitis infecciosa	137	4%
Bronquitis aguda, no especificada	115	4%
Gastritis, no especificada	112	4%
Conjuntivitis aguda, no especificada	91	3%
Dolor en articulación	75	2%
Mialgia	42	1%
Cefalea	38	1%
Amebiasis, no especificada	37	1%
Otros dolores abdominales y los no especificados	33	1%
Traumatismo, no especificado	27	1%
Trastornos de la acomodación	26	1%
Rinitis vasomotora	24	1%
Hipertensión esencial (primaria)	23	1%
Infección intestinal bacteriana, no especificada	22	1%
Mareo y desvanecimiento	21	1%
Amigdalitis aguda, no especificada	17	1%
Fiebre, no especificada	17	1%
Dolor pélvico y perineal	13	0%
Total primeras 20 causas	1221	39%
Otras causas	1901	61%
Total consulta externa	3122	100%

Fuente: RIPS Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa y ESE Hospital José Ma. Hernández. Año 2013

Tabla 21. Morbilidad general en sexo femenino según veinte primeras causas en internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013

DESCRIPCION	FEMENINO	%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	61	14%
Gastritis, no especificada	15	3%
Dermatitis infecciosa	13	3%
Dolor en articulación	10	2%
Lumbago no especificado	10	2%
Cefalea	9	2%
Otros vértigos periféricos	9	2%
Otros dolores abdominales y los no especificados	5	1%
Traumatismo, no especificado	5	1%
Amigdalitis aguda, no especificada	4	1%
Conjuntivitis aguda, no especificada	4	1%
Hemorroides externas sin complicación	4	1%
Mialgia	4	1%
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	4	1%
Abdomen agudo	3	1%
Amebiasis, no especificada	3	1%
Bronquitis aguda, no especificada	3	1%
Dolor precordial	3	1%
Dorsalgia, no especificada	3	1%
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	3	1%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>40%</b>
Otras causas	259	60%
<b>Total consulta externa</b>	<b>434</b>	<b>100%</b>

Fuente: RIPS Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa y ESE Hospital José Ma. Hernández. Año 2013

El comportamiento de la morbilidad en razón al sexo, demostró que las infecciones de vías urinarias son la primera causa de enfermedad y de consulta tanto para hombres como para mujeres. Otras causas de consulta comunes a los dos sexos fueron gastritis, dermatitis, dolor articular, lumbago y cefalea.

Las dos primeras causas de hospitalización fueron de tipo quirúrgico como el embarazo ectópico y la apendicitis aguda. Las causas de tipo infeccioso como

abscesos cutáneos, dengue, neumonía, infecciones de vías urinarias correspondieron al 27.7% de las hospitalizaciones. Lesiones de causa externa no fueron tan frecuentes como causa de hospitalización. Tabla 22.

Tabla 22. Morbilidad por hospitalización en los internos (as) de la Cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013

DESCRIPCIÓN	No.	%
Embarazo ectópico, no especificado	3	16,7%
Apendicitis aguda, no especificada	1	5,6%
Absceso cutáneo, furúnculo y ántrax de otros sitios	1	5,6%
Herida de la pared abdominal	1	5,6%
Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	1	5,6%
Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	1	5,6%
Fiebre del dengue [dengue clásico]	2	11,1%
Traumatismo, no especificado	1	5,6%
Absceso del pulmón con neumonía	1	5,6%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1	5,6%
Hernia inguinal bilateral, sin obstrucción ni gangrena	1	5,6%
Apendicitis aguda con absceso peritoneal	1	5,6%
Fracturas múltiples de los dedos de la mano	1	5,6%
Efecto toxico de plaguicidas [pesticidas]: insecticidas fosforados y carbamatos	1	5,6%
Otras colelitiasis	1	5,6%
Total Morbilidad consulta externa	18	100,0%

Fuente: RIPS ESE Hospital José Ma. Hernández. 2013

Caracterizando la morbilidad por urgencias, se observa que entre las primeras causas de morbilidad según clasificación CIE-10, es el dolor abdominal y los traumatismos con el 59%, seguido de las infecciones de vías urinarias, fiebre con escalofrío, dolor del pecho, lumbago con ciática, diarrea y gastroenteritis,

hemorragia vaginal y uterina, EPOC y cólico renal con un caso (5.9%) cada uno respectivamente. Tabla 23

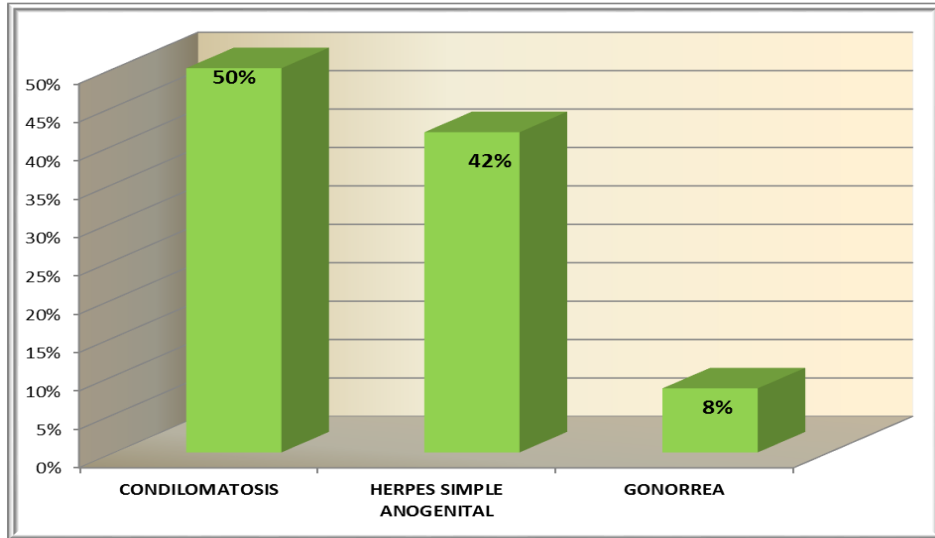
Tabla 23. Morbilidad por urgencias en internos (as) de la cárcel de Mocoa-Putumayo, 2013

DESCRIPCION	No.	%
Dolor abdominal	6	35,4%
Traumatismo	3	23,6%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1	5,9%
Fiebre con escalofrió	1	5,9%
dolor en el pecho, no especificado	1	5,9%
Lumbago con ciática	1	5,9%
diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1	5,9%
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	1	5,9%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	1	5,9%
Cólico renal, no especificado	1	5,9%
Total morbilidad por urgencias	17	100,0%

Fuente: RIPS ESE Hospital José Ma. Hernández. 2013

Entre las enfermedades genitales y de transmisión sexual se observa 12 casos, predominan los condilomas con 6 casos (50%), el herpes simple con 5 casos (42%) y la gonorrea con 1 caso (8%) presentándose en el sexo masculino. Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución Porcentual de las Infecciones de Transmisión sexual en los Internos(as) de la cárcel de Mocoa - Putumayo, 2013.



Fuente: RIPS Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa y ESE Hospital José Ma. Hernández., 2013

Para el año 2013, entre las patologías orales de mayor prevalencia en la población carcelaria es la caries oral representada con el 64.7% (909 casos), seguida de las enfermedades gingivales, periodontales y anomalías dento- maxilares con el 35,30% (494 casos), para ambos sexos respectivamente. Tabla 24

Tabla 24. Morbilidad general por Odontología en los internos de la Cárcel de Mocoa - Putumayo, 2013

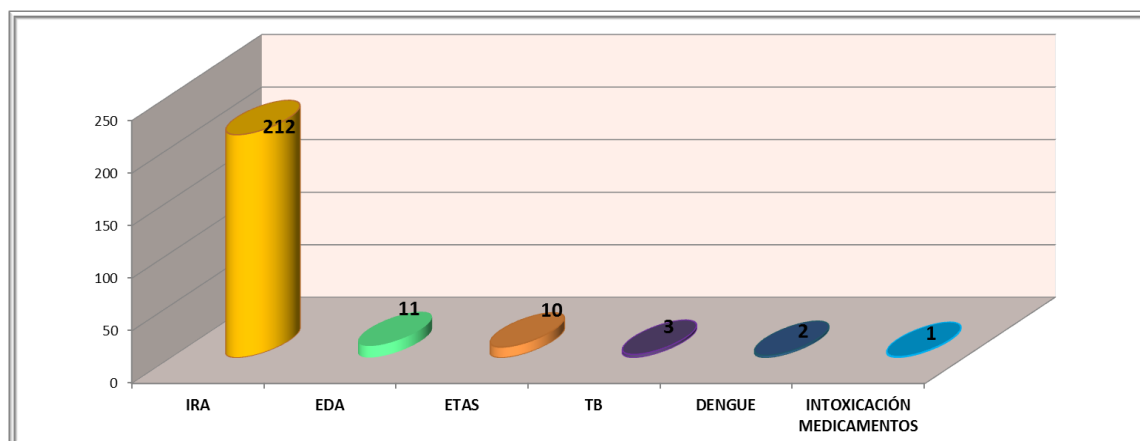
DESCRIPCIÓN	M	%	F	%	TOTAL	%
Caries de la dentina	819	58,29%	90	6,41%	909	64,70%
Erosión de los dientes	121	8,61%	14	1,11%	135	9,61%
Pulpitis	101	7,19%	21	1,67%	122	8,68%
Abrasión de los dientes	69	4,91%	5	0,40%	74	5,27%
Periodontitis crónica	52	3,70%	8	0,64%	60	4,27%
Periodontitis apical aguda originada en la pulpa	29	2,06%	7	0,56%	36	2,56%
Periodontitis aguda	20	1,42%	0	0,00%	20	1,42%
Periodontitis	14	1,00%	3	0,24%	17	1,21%

DESCRIPCIÓN	M	%	F	%	TOTAL	%
Atrición excesiva de los dientes	13	0,93%	1	0,08%	14	1,00%
necrosis de la pulpa	8	0,57%	0	0,00%	8	0,57%
Odontoclasia	3	0,21%	0	0,00%	3	0,21%
Otras enfermedades periodontales	2	0,14%	0	0,00%	2	0,14%
Caries del cemento	1	0,07%	0	0,00%	1	0,07%
Depósitos [acreciones] en los dientes	1	0,07%	0	0,00%	1	0,07%
Periodontitis apical crónica	1	0,07%	0	0,00%	1	0,07%
Reabsorción patológica de los dientes	1	0,07%	0	0,00%	1	0,07%
Síndrome de la erupción dentaria	1	0,07%	0	0,00%	1	0,07%
total	1256	89,40%	149	11,86%	1405	100,00%

Fuente: RIPS Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa, 2013

Los eventos encontrados para el año 2013, se encuentra las Infecciones respiratorias en primer lugar con 212 casos, enfermedad diarreica aguda con 11 casos, enfermedades transmitidas por alimentos con 10 casos, tuberculosis 3 casos, dengue 2 casos de intoxicación por medicamentos 1 caso. Grafico 2

Gráfico 2. Distribución de eventos en salud Pública centro Penitenciario INPEC – Mocoa, 2013

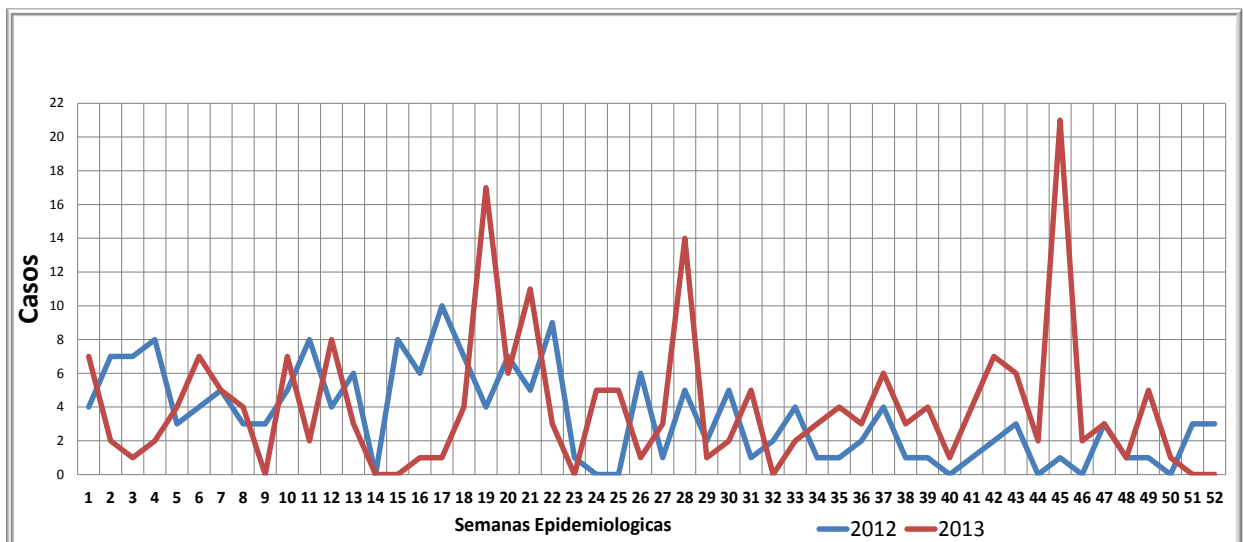


Fuente: RIPS Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa y ESE Hospital José Ma. Hernández, 2013



Mocoa es una ciudad con un clima húmedo seca, que al tener el contraste del cambio climático las infecciones respiratorias agudas se constituyen en causa importante dentro del perfil epidemiológico. En el año 2013, se reportaron 212 casos de infección respiratoria aguda, se observa picos en las semanas 19, 21, 28 y 45 considerándose existencia de brotes. Gráfico 3

Gráfico 3. Comportamiento Epidemiológico de la Infección Respiratoria Aguda en los Internos (as) de la cárcel de Mocoa-Putumayo, 2013

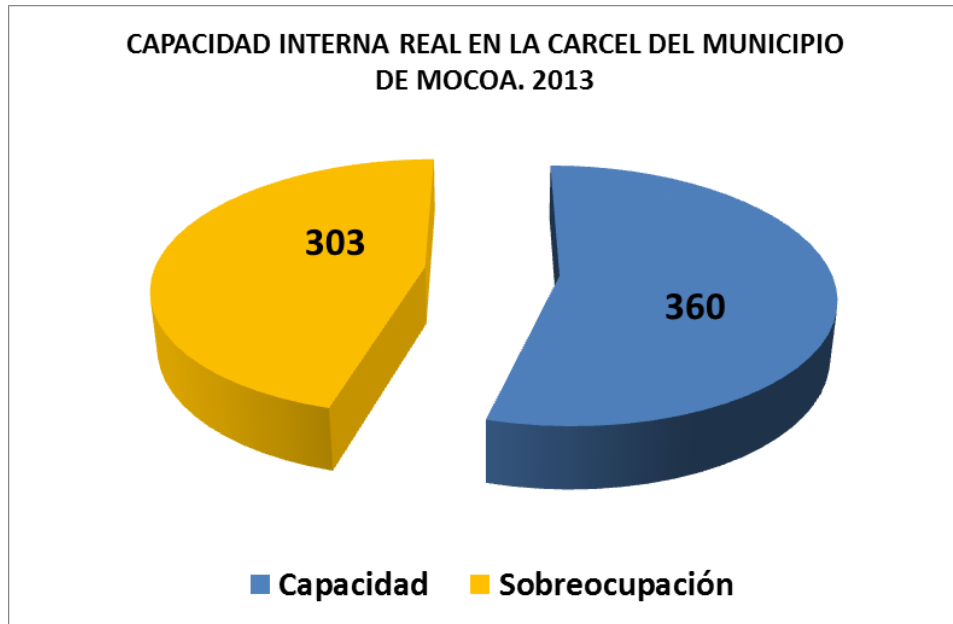


Fuente: RIPS Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa y ESE Hospital José Ma. Hernández, 2013

### 8.3 DESCRIPCION SANITARIA Y AMBIENTAL

De los 642 internos (a) se encuentran distribuidos en ocho patios. La capacidad interna real de la cárcel es de 360 internos para el año 2013, existiendo una sobreocupación del 84%. Gráfico 4

Grafico 4. Capacidad Interna real en la cárcel de Mocoa- Putumayo, 2013.



Fuente: Centro Penitenciario y/o carcelario INPEC Mocoa, 2013

**8.3.1 Instalaciones Físicas.** La cárcel de Mocoa, consta de cinco patios para hombres y mujeres con un rancho o cocina, el área de sanidad, biblioteca, la parte administrativa y una cafetería. Está ubicada alejada de focos de insalubridad o contaminación, botaderos de basura, rellenos sanitarios, depósitos de agua estancadas, criaderos de insectos y roedores. Es una construcción en cemento, rústica, en inadecuadas condiciones con signos de humedad o filtraciones con techos en eternit®.

Los pisos no son impermeables, rústicos, no son de fácil limpieza y sin sistemas apropiados para el drenaje de aguas, existe escaleras, rampas y vías de accesos seguras, no se cuenta con señalización y demarcación de áreas internas, la iluminación natural es adecuada en los patios de descanso, su ventilación es inadecuada en consultorios o área de sanidad de igual forma la iluminación. Se observa cableado eléctrico y de sistemas de cómputo, no existe señalización en el lugar de las cajillas eléctricas sin señalización. Las tuberías utilizadas para las instalaciones interiores del establecimiento son internas.

En general no se evidencia programación de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura, sin señalización, sin extintores en los sitios con riesgo.

**8.3.1.1 Celdas.** El número de personas no es acorde con la capacidad y las condiciones de cada celda. La capacidad en los patios A y B es para dos personas y se encuentran 4 o 5 internos, con una batería sanitaria por celda. En los patios 1, 2, 3, y 4 su capacidad es para 120 personas y existen 200 internos. En el patio 5 se observa dos personas por cada celda con un baño. La batería consta de un inodoro y una ducha.

En los patios 1, 2, 3 y 4 son salones medianos con camarotes y colchonetas, los cuales son utilizadas entre los pasillos para dormir, su ropa para el secamiento lo realiza en las barandas del salón en el cual duermen los reclusos, en los patios existe una mesa pequeña que es utilizada para varios oficios como comedor, artesanías, existe una batería sanitaria con dos inodoros, dos baños y un lavadero. Promedio de alojamiento en estos patios son de 51 personas.

En el Patio 5 se encuentran 12 personas, son reclusos los que cometen delitos de la Función Pública, consta una sala de descanso y para ver televisión; una celda mediana con cuartos para dos personas, cada cuarto tiene su batería sanitaria con deficiente ventilación y luz natural, excesivo calor. No tienen patio descubierto.

En el patio A y B tiene un alojamiento promedio de 188 personas, cada patio consta de dos pisos, con celdas en las que duermen cuatro personas en cada una, consta de dos camas en cemento o plancha y una batería sanitaria, dos internos duermen en las planchas o camas, otra debajo de una y otro en el pasillo, cada celda mide 4 por 3 metros incluyendo el baño.

El Rancho se alojan 9 personas que son las que se encargan de la alimentación de la cárcel, tienen una batería sanitaria y cada uno tiene su sitio de descanso muy pequeño, alcanza únicamente la cama.

En el Patio de las mujeres se alojan 59 personas, su lugar de descanso es en planchas, con colchonetas, además se alojan debajo de la planta, entre los pasillos y en la batería sanitaria, consta de una batería sanitaria con un baño y ducha, el patio de descanso es muy pequeño.

Pisos y paredes en cemento, con buen estado de conservación, sin pintura, algunas paredes se observa humedad con buen orden y aseo.

Las celdas se encuentran con deficiente iluminación y ventilación. El calor es excesivo. Observándose hacinamiento junto con la disminución de las condiciones sanitarias de los espacios destinados a los reclusos aumentan los riesgos sanitarios y las enfermedades transmisibles.

**8.3.1.2 Rancho o cocina.** Las instalaciones del rancho se observa un espacio muy reducido, no es independiente de los dormitorios, la iluminación y la ventilación son deficientes. En esta área las instalaciones eléctricas están debidamente aisladas y protegidas. El piso no es liso, por lo cual no es lavable, se observa signos de humedad en paredes, el aseo del lugar es bueno sin malos olores. El suministro de agua es permanente. Se percibe excesivo calor.

La cocina no está diseñada a prueba de roedores o insectos, dispone de baterías sanitarias suficientes para el personal en perfecto estado de funcionamiento, dotados con toallas, jabón, papel higiénico, existe una batería en el área de preparación de alimentos con su lavadero de ropa. Los sifones o rejillas de drenaje son adecuadas y las de lavado y servido no ocasionan contaminación en su entorno.

**8.3.1.3 Áreas de recreación.** El establecimiento carcelario cuenta con una gran área de recreación donde celebran eventos futbolísticos y otras actividades sociales. Se encuentra en buenas condiciones libre de escombros y obstáculos.

**8.3.1.4 Taller y salas de trabajo.** En el establecimiento carcelario no existen talleres o salas de trabajo, se observa en algunos patios una mesa grande en donde realizar artesanías en madera o pinturas en cerámica. No se evidencia avisos alusivos a medidas de seguridad, las pinturas no son almacenadas en un lugar exclusivo.

**8.3.1.5 Área de sanidad.** Las Instalaciones físicas son consultorios pequeños, con paredes pintura en inadecuadas condiciones, se observa en los techos acumulación de polvo y suciedad. Deficiente ventilación e iluminación, se observa signos de humedad.

Consta de un consultorio médico, odontológico, área de enfermería, consultorio para procedimientos básicos de enfermería y área administrativa.

El personal asistencial lo suministra la EPS CAPRECOM con contratos por prestación de servicios cada tres meses. El personal asistencial consta de una trabajadora ocupacional, dos auxiliares de enfermería, un auxiliar administrativo con 8 horas de asistencia y disponibilidad por 24 horas, un médico general por 4 horas de atención médica y un odontólogo por 4 horas.

Las urgencias y las consultas especializadas son remitidas al Hospital Público ese Hospital José María Hernández de Mocoa y a la red contratada para especialidades fuera del municipio.

### **8.3.2 Condiciones sanitarias de las áreas de almacenamiento, preparación y venta de alimentos**

- **Condiciones de saneamiento.** El agua utilizada no es potable, su suministro y presión son adecuadas; el tanque de almacenamiento de agua está protegido y con capacidad suficiente, se limpia y desinfecta cada ocho días, el llenado de agua tiene una durabilidad de 6 horas.

No se observa suficientes recipientes para la recolección de basura, las cuales son retiradas diariamente evitando la generación de olores y/o proliferación de plagas. No hay evidencia o huellas de la presencia o daños ocasionados por plagas o roedores.

Se tomaron muestras de agua del grifo interno de la cocina para determinar la calidad del agua para consumo humano, considerándose no apta para consumo humano.

- **Condiciones del área de Preparación de Alimentos.** Los pisos son rústicos, se encuentran limpios, en buen estado sin perforaciones o roturas y no cuentan con la inclinación y drenaje adecuado. Las paredes son gruesas, no son de colores claros con pintura en mal estado, los techos son de eternit con presencia de polvo, acumulación de suciedades o humedad. No hay presencia de animales domésticos o personal diferente a los manipuladores de alimentos.

La temperatura ambiental es excesivamente alta y la ventilación deficiente del establecimiento, incomodando al personal, afectando la calidad de los productos. Se observa buena iluminación natural.

Los productos químicos utilizados como desinfectantes, detergentes no se encuentran rotulados y su almacenamiento es en lavadero, no se encuentra en un lugar separado de la cocina y cerrado. La cocina no está provista de extintores.

- **Equipos y Utensilios.** Los equipos y superficies en contacto con los alimentos están fabricados con materiales inertes, no tóxicos, resistentes a la corrosión, de fácil limpieza y desinfección. El establecimiento dispone de utensilios desechables cuando se requiere.
- **Condiciones de Manejo, Preparación y servicio.** Los materiales o materias primas sin procesar se almacenan en un cuarto limpio pero no son protegidos del medio ambiente, con alta temperatura ambiental. Los alimentos almacenados tienen una rotación de ocho días.

Los alimentos o materias crudas primas como carne, verduras, hortalizas y productos de la pesca no se lavan con agua potable antes de la preparación y las que se ingieren crudas no se lavan y desinfectan con sustancias permitidas.

Los alimentos perecederos tales como la leche y sus derivados, carne y sus derivados, preparados, productos de pesca, se almacenan en recipientes separados bajo condiciones de refrigeración y/o congelación, pero no se registra la temperatura diaria debido a la inexistencia del termómetro con termostato, estos alimentos se almacenan separadamente de los cocidos o preparados evitando contaminación cruzada.

Se realiza limpieza y desinfección de equipos, utensilios y superficies que entren en contacto con los alimentos con jabón o detergente y con el agua no potabilizada.

Las superficies para el picado se encuentran en buenas condiciones de conservación e higiene; el servicio de alimentos se realiza con utensilios adecuados y se evita el contacto con las manos. Las superficies para el picado son de material sanitario.

- **Manipuladores de alimentos.** El personal manipulador tiene certificado médico y controles periódicos, algunos acreditan cursos de capacitación e higiene y protección de alimentos. Los internos que preparan los alimentos

tienen uniforme limpio, pero no es de color blanco y se utiliza botas. Sus manos se encuentran limpias, sin joyas y uñas cortas.

- **Condiciones de Conservación y Manejo de los Productos.** Los productos susceptibles de contaminar (carne de res, cerdo, pollo,) se encuentran separados y protegidos para evitar la contaminación cruzada y en condiciones de conservación requeridas como congelación, aunque no disponen de refrigeradores.

Los alimentos se encuentran dentro de su vida útil y son aptos para el consumo humano, los productos están envasados o empacados en condiciones técnicas, se observa estibas, el lugar con deficiente ventilación, la malla de las rejillas de ventilación se encuentran defectuosas.

Los alimentos y bebidas expuestas a la venta están en estantes, no se encuentran en sistemas apropiados que los proteja del medio exterior como la humedad y las altas temperatura, únicamente cuentan con un ventilador.

- **Punto de venta.** Los productos no perecederos como los realizados en fábricas fuera del departamento se encuentran rotulados conforme a la Resolución 5109 de 2005 de igual forma con su registro sanitario, otros como el pan y los huevos propios del municipio se encuentran sin rotular, en inadecuadas condiciones y sin registro sanitario.

**8.3.3 Instalaciones Sanitarias.** Son insuficientes en los patio 1, 2, 3 y 4, un equipo sanitario por 50 internos promedio. El equipo sanitario consta de una taza y la ducha. El patio 5 existe un equipo sanitario por celda. En el patio A y B se encuentran celdas para dos personas con una batería sanitaria, en la cual viven cuatro internos. En el patio para mujeres existe un equipo sanitario para 59 internas.

Estos servicios sanitarios se encuentran en correcto estado de funcionamiento, contruidos con materiales de fácil lavado y desinfección, con buen aseo y orden, observándose humedad en paredes y piso. La dotación de los elementos de higiene personal lo compra cada interno, la dotación del INPEC es cada tres meses. Los lavaderos de ropa están dentro de los patios, se encuentran mal ubicados junto a la batería sanitaria, antihigiénicos, presentan humedad.

Para la recolección de residuos se los realiza en recipientes de material rígido sin tapa. No cuenta con sanitarios para uso de personas discapacitadas o con movilidad reducida.

- **Abastecimiento de agua.** El establecimiento cuenta con suministro de agua directa de acueducto no potabilizada, proveen de tanque de almacenamiento de agua, no existe protocolo de lavado y de desinfección, sin registro del lavado aunque lo realizan cada ocho días.

**8.3.4 Residuos sólidos y líquidos.** El establecimiento carcelario no cuenta con el Plan de gestión de residuos. Los residuos son recolectados diariamente en recipientes sin tapa, los recipientes son de material rígido no resistentes a la corrosión, los recipientes son insuficientes.

Los residuos sólidos son almacenados temporalmente en un lugar abierto con techo, piso de cemento, donde realizan la separación por tipo de residuo, sin equipo de extinción sin pisos con pendiente adecuada para drenaje, sin punto de agua y drenaje, los recipientes de almacenamiento transitorio se encuentran sin tapa.

Los residuos sólidos son retirados de la cárcel dos veces a la semana por el carro de servicio municipal. El personal que maneja los residuos no provee elementos de protección personal.

No tienen instaurado el Plan de gestión Integral de residuos hospitalarios (PGIRHS) de igual forma no existe su implementación. En cuanto a la recolección y disposición de aguas residuales, el establecimiento carcelario lo realiza a través de la red doméstica del municipio. Los canales, sifones y drenajes de aguas se encuentran sin taponamiento y en buen estado. Las aguas residuales de la cárcel son conducidas al alcantarillado municipal sin ningún tratamiento.

## **8.4 EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA**

El sistema de vigilancia en el establecimiento penitenciario y carcelario de Mocoa no se ha implementado, por lo tanto no se notifican los eventos presentados en años anteriores, simplemente se tiene un registro de las enfermedades generales de la población carcelaria. Para el año 2012 se obtuvo un registro dentro del sistema de vigilancia especialmente de eventos de tipo colectivo como EDA e IRA; casos de Leishmaniosis, hepatitis A, dengue y tuberculosis pulmonar. No se



puede realizar un análisis más específico debido a que estos eventos no fueron notificados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Los Registros de Prestación de servicios se encuentran en medio físicos, incompletos en datos básicos y sin clasificación con la CIE 10 por el médico y la odontóloga tratante, además de la ilegibilidad de la escritura para poder lograr entender el diagnóstico emitido en cada consulta.

## 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron de la presente investigación permitieron aproximarnos a la situación de salud de los internos del centro penitenciario de Mocoa del año 2013, una de las tres cárceles del departamento del Putumayo, perteneciente a la Amazonia colombiana.

Como buena parte de los estudios que se realizan sobre este grupo poblacional, las restricciones en cuanto a seguridad y acceso a los internos, siempre se constituyen en limitantes.

También fue una dificultad la obtención de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios, dado que estos se encontraban en físico, con la consiguiente dificultad en su interpretación lo cual eventualmente pudo afectar la calidad de los datos.

Dentro del estudio los posibles sesgos que se pudieron presentar fueron de selección los cuales se evitaron realizando una selección de la muestra de acuerdo a lo establecido por el muestro sistemático aleatorizado. Igualmente pudo incurriarse en un sesgo de memoria, dado que a los internos objeto de la encuesta se les pregunto sobre su percepción de salud luego del ingreso al penal, ellos pudieron tener un concepto erróneo sobre esta condición o subjetivo al hecho de ingresar al centro.

El Putumayo, como otros departamentos de la Orinoquia y Amazonia se ha caracterizado por las malas condiciones de vida, el bajo nivel educativo, la deficiente infraestructura en salud y desarrollo económico limitado, caracterizado por una fuerte economía informal e ilegal derivada del auge de la coca, sumado a la situación de violencia por el conflicto armado interno.

Según el perfil elaborado por el INPEC en el año 2011, la totalidad de internos condenados en los 139 establecimientos de reclusión a su cargo el 25% estaba entre los 17 y 27 años<sup>125</sup>; en nuestro estudio el 40,44% de los internos está entre los 19 y 29 años. Lo anterior nos indica que la juventud es el grupo etareo con alta vulnerabilidad para estar involucrados en actos delictivos y en situaciones de violencia, en parte por la situación de postergación socioeconómica que

---

<sup>125</sup> TAMARA, Manuel. Caracterización y perfilación criminológica y penitenciaria de la población condenada y privada de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC. 2011. p. 48

históricamente ha caracterizado al Putumayo, al igual que es el territorio donde disputa de los actores armados del conflicto.

Los indígenas representaron el 30,37% de la población carcelaria encuestada. A nivel general no existen registros que caractericen la problemática carcelaria en razón de la pertenencia étnica, explícitamente con respecto a este grupo. Sin embargo dado el lugar de procedencia de los internos y al ser el Putumayo el territorio de asentamiento de varios pueblos indígenas, según censo DANE del 2005 representan el 14.3% de la población del departamento, se logró representatividad de este grupo étnico entre los encuestados.

De acuerdo a la normatividad y programas del INPEC, los indígenas hacen parte de Grupos con Condiciones Excepcionales, reconocidos institucionalmente, lo cual los distingue del resto de población interna en cuanto requieren un acompañamiento y acciones adecuadas a sus condiciones<sup>126</sup>. Sin embargo el presente estudio no encontró que esta población fuera objeto de un tratamiento “especial” en razón a su pertenencia étnica, a pesar de la importante proporción de indígenas que están cautivos en este penal.

Según Kumar SD <sup>127</sup>, en un estudio, encontró que la mayoría de los sujetos eran casados, y considerando que el matrimonio es un factor crucial dentro las variables sociodemográficas relacionadas al comportamiento del interno; cualquier sentimiento de fracaso, la frustración o la victimización en este frente puede provocar un comportamiento inusual. En ésta investigación no se encontró relevancia de algún tipo de estado civil sobre otro. Por otro lado en el perfil elaborado por el INPEC en el 2001, la unión marital de hecho (39,7%), soltero (35,7%), superan al estado de casado en la población condenada en Colombia.

El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) recomienda usar un espacio de 4 metros cuadrados por persona como medida útil de referencia para mejorar niveles de hacinamiento totalmente inaceptables.<sup>128</sup>. El centro penitenciario de Mocoa cuenta

---

<sup>126</sup> *Ibíd.*, p. 33

<sup>127</sup> KUMAR, Sunil y Otros. Health status of the prisoners in a central jail of South India. *En: Indian journal of psychological Medicine*. [en línea]. 2013, Vol. 35 no. 4 [citado el 16 de marzo de 2013]. p. 373 – 377 Disponible en: <http://www.ijpm.info/article.asp?issn=0253-7176;year=2013;volume=35;issue=4;spage=373;epage=377;aulast=Kumar>

<sup>128</sup> SERVEIS PENITENCIARIS, MESURES PENALS ALTERNATIVESI JUSTÍCIA JUVENIL. Estadística Bàsica d'Execució Penal n° 13. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010 citado por GARCIA GUERRERO, J.

con 5 patios donde se alojan más de 600 personas lo cual corresponde a una sobrepoblación del 83%. Al igual que en otros penales, la cárcel de Mocoa alberga a más presos que los que debería albergar, sin embargo comparado con otros penales en Colombia es inferior. En informe de la defensoría del pueblo sobre la situación de salud de las cárceles, para el 2003 los penales presentaban un hacinamiento del 29.32%.<sup>129</sup>

La escolaridad de la población carcelaria demuestra como esta se caracteriza por un bajo nivel, inferior a otras poblaciones reclusas. En el estudio de Mejía <sup>130</sup> el 51.2% había cursado secundaria y el 6% tenían estudios universitarios. A nivel del Putumayo la escolaridad es baja comparada con otros departamentos.

La evaluación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de las consultas del 2013, junto con los resultados obtenidos en las encuestas, determino que el comportamiento de morbilidad difiere de los reportes que se realizan en otros penales alrededor del mundo.

La revisión de los perfiles de salud de población reclusa por Dumont<sup>131</sup>, refiere que aunque el encarcelamiento pueda proporcionar una influencia protectora de la salud se proporcione refugio y comida a una población generalmente pobre; el efecto protector de la encarcelación sería ilusorio. Condiciones adversas reconocidas como el hacinamiento y las deficiencias en la prestación del servicio conlleva que los internos desarrollen problemas de salud graves. Cita a Beckwith<sup>132</sup> quien considera que las enfermedades infecciosas se adquieren antes de, en lugar que durante el encarcelamiento. Un dato importante que arrojo la encuesta fue el estado de salud de los internos al ingresar al penal, donde el 77,94% manifestaron que enfermaron luego de ingresar a la cárcel.

---

Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 106-113

<sup>129</sup> DEFENSORIA DEL PUEBLO. Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia. Diciembre 2003. Pág. 43. [En línea]. [Citado el 09 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI\\_682.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_682.pdf?view=1)

<sup>130</sup> MEJIA ORTEGA, Luz y Otros. 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, Colombia. En: Revista Guernica y Políticos de Salud, 10 (20): 121-137, 2011

<sup>131</sup> DUMONT, Dora M. Public Health and the Epidemic of Incarceration. Annu Rev Public Health. 2012 April 21; 33: 325–339. DOI:10.1146/annurev-publhealth-031811-124614

<sup>132</sup> BECKWITH, C y Otro. Opportunities to diagnose, treat, and prevent HIV in the criminal justice system. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010; 55(Suppl 1):S49–55. [PubMed: 21045600]

En el estudio de Mejía<sup>133</sup> realiza una descripción de los mecanismos y barreras de acceso a los servicios de salud. Al evaluar el tiempo de espera para acceder a consulta médica, el 48.1% espera ocho días, el 23.4% entre uno y cinco días. En nuestra investigación, inicialmente el 77,94% de los encuestados reportaron que eran sanos antes de ingresar al penal y que al ingresar enfermaron, y si se suma el análisis de la percepción de oportunidad en la prestación de servicios médicos, donde la disponibilidad de consultas en el 62,26% de los casos se extiende más allá de la semana, y en algunos casos nunca tienen acceso, comparado con el estudio en el Buen Pastor, el estado de enfermedad de los internos del centro penitenciario de Mocoa, tendrá una tendencia a deteriorarse o a que se desarrollen procesos crónicos que pudieron haberse evitado, dada las demoras en la prestación del servicio constituyéndose en una barrera.

Que decir de aquella población que manifestó requerir de remisiones a servicio especializado y solo el 14.95% la obtuvieron en el mes posterior a la solicitud. Este porcentaje es inferior al reportado al Informe de la defensoría del pueblo del 2011, donde mediante encuesta encontraron que la oportunidad en la asignación de citas con especialistas es oportuna en el 27% de los casos.<sup>134</sup> Esta encuesta vale aclarar que procedió no de los reclusos sino de las autoridades que administran los penales.

El centro penitenciario con las evidentes limitaciones en cuanto el acceso a servicios básicos es determinante en cuanto la efectividad de intervenciones que puedan favorecer a los enfermos reclusos. Difícilmente bajo el panorama actual, actividades de promoción de la salud serán posibles. Un acceso oportuno a la salud es determinante si el penal direccionara procesos para cambiar el comportamiento de morbilidad de la institución, máxime cuando los datos arrojaron que aún se pueden anticipar problemas de salud más graves entre los presos. Con respecto a las infecciones de transmisión sexual, se evaluó inicialmente el conocimiento que tuvieron los encuestados sobre el tema, donde la mayoría manifestaron saber al respecto pero al presentar diversos conceptos de ITS, el 25% respondieron de manera errónea o no respondieron %. Esto es consecuente con resultados de otros estudios como el de Galindo<sup>135</sup>, donde reportan preconceptos erróneos sobre la forma de transmisión de las ETS.

---

<sup>133</sup> *Ibíd.*, p. 128

<sup>134</sup> DEFENSORIA DEL PUEBLO. Informe sobre ejecución decreto 1141 del 1 de abril de 2009: Afiliación de la población reclusa al Sistema de Seguridad Social. p. 77

<sup>135</sup> GALINDO, Joan. Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa, Cali; Colombia. Cali: Universidad ICESI. 2012. p. 48 - 49

Un estudio descriptivo transversal en centros penitenciarios de Venezuela, detecto una alta incidencia de casos de VIH, Hepatitis B y Sífilis, concentrados en población joven<sup>136</sup>. Los casos de ETS estuvieron entre las ultimas causas de morbilidad entre la población interna del Centro penitenciario de Mocoa.

Se abordó también la situación de consumo de sustancias psicoactivas en el Penal donde el presente estudio revelo un comportamiento similar al obtenido por el Observatorio Argentino de Drogas<sup>137</sup>, quien reporto que el 34% de los reclusos manifestó haber consumido algún tipo de droga. Igualmente la marihuana se constituyó en la principal sustancia de acceso y consumo entre los presos. Sustancias como cocaína y sus derivados presentaron casi el mismo comportamiento con respecto al estudio de argentino.

Aunque no se abordó directamente, quienes manifestaron consumir sustancias psicoactivas dentro del penal son vulnerables a riesgos en su salud física; eventos de salud mental que no se evidenciaron en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) pueden estar presentes en los consumidores, y el subregistro implica la no detección de estos casos y por tanto la inexistencia de una intervención efectiva para atender esta población, haciéndola aún más vulnerable a delinquir. Sin duda el tema de detección de los consumidores de sustancias psicoactivas debería ser incluido de manera prioritaria en las políticas de salud que direcciona este penal.

El hacinamiento y condiciones de vida infrahumanas son reconocidos como entornos de alto riesgo para la transmisión del VIH. Numerosos estudios alrededor del mundo reportan comportamientos de riesgo en las cárceles con la consecuente transmisión del VIH<sup>138</sup>. Sin embargo la revisión de las causas de morbilidad de este penal, tanto en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, junto con los reportes del Sivigila, no se registraron casos de infección por VIH. Sin embargo puede tratarse de un subregistro y la falta de accesibilidad a los exámenes.

---

<sup>136</sup> POSADA, Tremarias. Infección por VIH, Hepatitis B y Sífilis en reclusos de Centros Penitenciarios de Venezuela, 1998-2001. En: Revista Española: Sanidad Penitenciaria. 2008; vol. 10, p. 73-79

<sup>137</sup> OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias Psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de la libertad. Argentina. [En línea]. 2009 [Citado el 4 de junio del 2013] p.89. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202008000100004>

<sup>138</sup> Jürgens et al.: HIV and incarceration: prisons and detention. Journal of the International AIDS Society 2011 14:26.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se constituyen en un problema de salud pública en el mundo entero. Siendo la población cautiva susceptible a esta clase de eventos secundario al sedentarismo e inadecuada alimentación, usuales en estos espacios, en la encuesta se evaluó la presencia de eventos como la sobrepeso/obesidad, hipertensión arterial y diabetes. Comparado con la revisión sistemática de Herbert <sup>139</sup> donde determino que los presos de sexo masculino tienen menor riesgo de obesidad, nuestro estudio presentó un comportamiento similar donde el 25,74% presentaron sobrepeso y el 5,15% obesidad. Por otra parte nuestros resultados fueron inferiores con respecto al estudio de Villegas <sup>140</sup> quien reporto que los participantes de su estudio presentaron en un 31% sobrepeso y el 8% obesidad.

En referencia a hipertensión, la misma revisión encontró que la población carcelaria tienen una prevalencia mayor que la población general; sin embargo de acuerdo a lo encontrado en la encuesta y en los registros individuales de prestación de servicios, solo el 1,1% de las causas de morbilidad correspondió a este evento; en la encuesta el 12,50% manifestaron tener la presión arterial alta, valores inferiores con respecto al estudio de Villegas, quien reporto un 15% de personas con valores de tensión arterial alta, muy superior con respecto a lo que se encontró en los RIPS de la cárcel en nuestro estudio.

A nivel general, son muy escasos los reportes de los eventos de interés en salud pública configurados por el ministerio de protección social, dentro del sistema de vigilancia que salen de este centro penitenciario. Una población como la que se describe en el presente estudio, en situación de hacinamiento, con limitado acceso a servicios básicos de salud, en condiciones de insalubridad, con desconocimiento de aspectos básicos de promoción de la salud, debería ser objeto de reportes de eventos de toda clase; sin embargo la evidencia muestra lo contrario. Es claro que el sistema de vigilancia en este centro penitenciario presenta un rezago importante; puede que el hecho de que los procesos de salud no sean direccionados directamente por el INPEC, dado que la EPS Caprecom es la responsable de la atención de los internos y por tanto del reporte al sistema de vigilancia, lo cual puede de alguna forma obstaculizar el flujo oportuno de la información, y en la misma medida repercutir en acciones oportunas que se puedan realizar en caso de brotes o eventos de gravedad.

---

<sup>139</sup> HERBERT, Katharine. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. En: The Lancet 2012; vol. 379: 1975–82

<sup>140</sup> VILLEGAS, Soraya. Riesgo cardiovascular y de diabetes en población carcelaria de Pereira, En: Revista Médica de Risaralda. 2010, Vol. 19 No. p. 131

En los resultados obtenidos en la evaluación de las características sanitarias y ambientales, es importante resaltar que al igual que en los informes internacionales sobre derechos humanos, las condiciones de hacinamiento a las que están sometidos los internos, también se presentan en este centro penitenciario. En el análisis de Sarkin<sup>141</sup> reporta como la sobrepoblación en sus penales, no ha sido abordada de manera integral; el “amontonamiento” se constituye en un foco de violencia, enfermedad, muerte y humillación, fenómeno que crece día tras día. En este mismo estudio, se encuentra como la pobreza a la que está sometida el continente africano se constituye en un factor que precipita no solo el aumento de delitos, sino que se refleja en la condiciones de vida en las que viven los presos. El Putumayo es un departamento caracterizado por las condiciones de pobreza, con un índice de necesidades básicas insatisfechas superior al 90%, una pobre escolaridad, entre otros factores precipitantes.

Aunque la OMS considera las cárceles como espacios idóneos para la promoción de estilos de vida saludables,<sup>142</sup> el centro penitenciario de Mocoa se caracterizó por presentar una baja frecuencia en actividad física diaria entre los reclusos; tan solo el 10,29% de los encuestados manifestaron hacer ejercicio cada día.

La evaluación en cuanto al origen de artículos de aseo y lencería que requieren los internos presento un resultado similar al reportado en estudio de los penales mexicanos por Bergman<sup>143</sup>, donde los artículos como ropa, sabanas y cobijas fueron principalmente proporcionados por la familia.

---

<sup>141</sup> SARKIN, JEREMY. Las cárceles en África: una evaluación desde la perspectiva de derechos humanos, 2008. Resumen Analítico. [en línea]. [citado 08 septiembre de 2013]. Disponible en [http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo9.php?artigo=9,artigo\\_sarkin.htm](http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo9.php?artigo=9,artigo_sarkin.htm)

<sup>142</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Geneva, Switzerland. 2007. p. 1-198

<sup>143</sup> BERGMAN, Marcelo y AZAOLA, Elena. Cárceles en México: Cuadros de una crisis. En: Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana. Quito: Ecuador. Mayo 2007. p. 74-87



## 10. CONCLUSIONES

El centro penitenciario de Mocoa presenta similitudes en cuanto a la situación de salud de otras cárceles del país.

Siendo un establecimiento ubicado en el departamento del Putumayo, sus internos presentan características sociodemográficas que reflejan las difíciles condiciones de este departamento. Al igual que en otros penales la población está constituida por adultos jóvenes con un bajo nivel educativo, condiciones propicias para cometer delitos.

La presencia de población indígena entre los internos, sin ningún reconocimiento institucional que los distinguiere como establecen las leyes, es también reflejo del estado de estas comunidades a nivel departamental; como una población indígena llega a cometer delitos debería ser materia de estudios más detallados.

El estado civil no tuvo gran relevancia, de manera que no se encontró algún tipo de relación con el hecho de estar en el penal.

La situación de sobrepoblación fue también situación de riesgo presente en este penal, al igual que en el resto de cárceles del país.

Igualmente que el 77,94% de los encuestados manifestaran que enfermaron al ingresar a la cárcel y sumado a esto el acceso a servicios básicos de salud como la consulta médica, de nuevo demuestra como los penales reúnen condiciones óptimas para el detrimento del estado de salud de quienes ingresan.

Es una evidencia importante del presente estudio las diferencias del comportamiento de morbilidad de este penal; donde los reportes de otras cárceles informan de causas de morbilidad asociadas a enfermedades de transmisión sexual, en este penal ocupan los últimos lugares o están ausentes como el VIH o hepatitis B.

También el consumo de sustancias psicoactivas estuvo presente entre los encuestados, reforzando el concepto de que el consumo de alucinógenos al interior de los penales es un tema prioritario, que debe ser abordado con mayor

celeridad, máxime cuando se demuestra que tienen acceso a toda clase de drogas sin ningún control.

Las enfermedades crónicas, en especial hipertensión arterial, diabetes y el sobrepeso, aunque en el presente estudio no se constituyeron en las primeras causas de morbilidad pueden convertirse en un problema creciente, dado que se demostró las dificultades en el penal de acceder a espacios deportivos adecuadas y la falta de motivación para realizar actividad física.

No menos importante fueron los resultados en cuanto al origen de elementos de aseo y lencería entre los presos; se demuestra el poco compromiso institucional en garantizar estos elementos básicos, máxime cuando la población interna es especialmente de origen pobre.

## 11. RECOMENDACIONES

El Instituto Nacional Penitenciario INPEC junto con la administradora de planes de beneficios Caprecom son responsables directos de incidir en las problemáticas evidenciadas en el presente estudio, es muy importante que entes territoriales como la Secretaria de Salud Departamental del Putumayo, Secretaria de Educación Departamental y organismos como la defensoría del pueblo sean incluidas en la adopción de planes de mejoramiento y programas que desarrolle la entidad a partir de las siguientes recomendaciones emitidas de la investigación.

La situación encontrada amerita diseñar programas integrales y multidisciplinarios que aborden la problemática de los internos, de tal manera que, cuando recuperen su libertad, puedan integrarse a la sociedad como seres productivos y autónomos.

Diseñar y ejecutar un proyecto pedagógico con producto, orientado al saneamiento ambiental con participación de internos de todos los patios donde intervengan todas las variables estudiadas tales como: manejo sanitario de los desechos sólidos, aprovechamiento de residuos, higiene locativa, buenas prácticas de manufactura e inocuidad de alimentos, vigilancia epidemiológica, control de zoonosis y control de artrópodos y roedores mediante acciones de saneamiento ambiental.

Educación permanente para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, para que estas actividades educativas tengan impacto en la población interna deben tener como característica fundamental el de ser permanentes con las continuas asistencias técnicas y supervisión.

Se debe considerar el mejoramiento de la infraestructura en cuanto a dormitorios, rancho, baterías sanitarias, lavandería, talleres, alojamiento para auxiliares y áreas administrativas, orientados a mejorar a la las áreas, reubicación de zonas que permitan mejorar la luz, ventilación natural y artificial

Articulación con otros sectores y actores para mejorar condiciones en salud de manera integral como son Corpoamazonia, secretaria de desarrollo social, secretaria de salud municipal, EPS, IPS públicas, secretaria de gobierno departamental, secretaria de educación y Sena.

Realizar acciones continuas de Inspección, vigilancia y control por las entidades territoriales del departamento como alcaldía y gobernación, actividades para mejorar la salud individual y colectiva en la población carcelaria

Fortalecer la prestación de servicios en salud en las instalaciones carcelarias para mejorar la calidad de la atención en consulta externa y la accesibilidad al servicio de salud.

Implementar el sistema de vigilancia en salud pública en las instalaciones que cuentan con el prestador de servicio o IPS habilitada de acuerdo a la normatividad vigente, para dar cumplimiento al decreto 3518 de 2006, incluyendo como parte de esta vigilancia a cada interno o recluso.

Exigir y fortalecer los registros médicos de prestación de servicios de salud con el ánimo de obtener registros de calidad y con mayor cobertura, para conocer la situación real de salud en la población carcelaria.

Implementar campañas de educación ambiental periódicas, permitirán elevar la cultura ambiental de la comunidad carcelaria y mejorar las prácticas del reciclaje Interno.

Divulgar buenas prácticas de manejo de residuos sólidos, utilizando medios de comunicación como folletos, emisora, carteles, etc.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, N. y SILVA PAIM, J. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, en *Cuadernos médico sociales*, núm. 75, mayo de 1999, pp. 5-30, Citado por COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal – México. 2010-2011. p.25.

ANTONY, Carmen. *Mujeres Invisibles: las cárceles femeninas en América Latina*. En: Revista Nueva Sociedad. Marzo – abril, 2007, no. 208. p. 73 – 78.

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. La declaración universal de derechos humanos. Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París; en ésta se recogen en sus 30 artículos los Derechos Humanos considerados básicos, a partir de la carta de San Francisco de 1945.

BENTHAM, Jeremías. *El panóptico*. Madrid: Los Piquetes, 1979 [Internet] [Acceso 09 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.elortiba.org/panop.html#El\\_Panóptico\\_](http://www.elortiba.org/panop.html#El_Panóptico_).

BERGMAN, Marcelo y AZAOLA, Elena. *Cárceles en México: Cuadros de una crisis*. En: Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana. Quito: Ecuador. Mayo 2007. p. 74-87

CARRANZA, Elías. 2012. *Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer?*. [En línea]. [Citado 06 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.anuariocdh.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewFile/20551/21723>.

COLOMBIA. ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe centros de reclusión en Colombia*. 2001. p. 90

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. “Introducción al Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2011”. [En línea]. [Citado 2 de diciembre de 2013]. Disponible en [http://dnsp.cndh.org.mx/archivos/DNSP\\_2011.pdf](http://dnsp.cndh.org.mx/archivos/DNSP_2011.pdf)

COLOMBIA. COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. Informe de Actividades Colombia 2011. 65 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1222 (9, enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema de seguridad Social y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso. 2007. 22 p.

CONSEJO DE EUROPA. Convenio Europea de derechos humanos. Madrid. 1998

COLOMBIA. CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA. Constitución política de Colombia (7,julio,1991). Bogota:1991. No.114. p.

CONTRALORIA DE BOGOTA D.C. Informe visita fiscal cárcel, distrital ocupación y funcionamiento. 2012-2013, p. 25

CHACÓN, I. Contexto penitenciario Colombiano. 2ª ed., citado por HERNANDEZ, Jennifer y Otros. Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana un reto para la salud pública. Medellín: Colombia; 2010. Págs. 132-140

DAVID L. Rosen and Others. All-cause and cause-specific mortality among Black and White North Carolina state prisoners, 1995-2005. En: Annals of epidemiology. [En línea]. Vol. 21, No. 10 (2011). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166394/>

DEFENSORIA DEL PUEBLO REPUBLICA DE PANAMÁ. Informe especial de la Defensoría del Pueblo de la República de Panamá relativo al Derecho a la salud en los centros penitenciarios. Panamá: República de Panamá. 2008. 30 p.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. Situación de los internos con enfermedad mental sobrevenida en los establecimientos de reclusión del País. Colombia. [En línea]. 2010. [Consultado el 4 de marzo del 2014] P. 27. Disponible en [http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe\\_159.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_159.pdf)

DELEGACION DEL GOBIERNO SOBRE EL PLAN NACIONAL DE DROGAS. Intervención sobre drogas en centros Penitenciarios. España. 2006. Págs. 114

Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. 22ª ed. Madrid: Espasa; 2001, citado por GARCIA GUERRERO, J. Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. En: Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 106-113

FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN. V Informe sobre derechos humanos. Sistema Penitenciario. 2007. 590 p.

GALINDO, Joan. Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa, Cali; Colombia. Cali: Universidad ICESI. 2012. p. 48 – 49

GARCIA, Balaguera Cesar. Factores de Riesgo para la salud en los Internos de la cárcel de Villavicencio. 1999. [en línea]. [citado 27 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos57/salud-internos-carcel/salud-internos-carcel.shtml>].

GRUPO PRECA. Informe Prevalencia de trastornos mentales en Centros Penitenciarios Españoles. Barcelona: España. 2011. 16 Pág.

HERBERT, Katharine and Others. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. En Lancet. [En línea]. Vol 379, Mayo 26 (2012). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60319-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60319-5/fulltext)

HERNANDO, Victoria y Otros. Investigación de una toxiinfección alimentaria en un centro Penitenciario de alta ocupación. Gaceta Sanitaria. [En línea]. 2007, vol 21, no. 26. [Citado el 13 de marzo del 2014]. Disponible en [http://scielo.icsii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000800003](http://scielo.icsii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000800003)

HERNÁNDEZ-LEÓN, Crithian, *et al.* Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas. Salud pública de México. Vol. 54, no. 6, noviembre-diciembre de 2012. Pág. 571 – 578.

HIMMELSTEIN, David and Others.. The health an health care of US prisoners: Results of a Nationwide Survey. En American Journal of Public Health [En línea]. Vol 99, Abril (2009). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661478/>

INPEC. Respuesta solicitud de Información. 2013. 4 p.

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO. Informe Estadístico 2013, p. 25

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia y control de Enfermedades Transmitidas por alimentos. Versión PRO-R02.003.0000-001. Julio 2011. P. 2

JARAMILLO ANGEL, Claudia y BENJUMEA RINCON, María Victoria. Diagnostico situacional de las Internas del reclusorio de mujeres de Manizales. En: Revista Hacia la Promoción de la Salud. Enero – Diciembre, 2007, Vol. 12. p. 109 – 122

LA CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Buenos aires. Octubre 2 de 1947

LARNEY, Sarah and Others. A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. [En línea]. Vol 12 (2012). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/22225627/>

LATUFF R, Jenny y BURELLI R, Lya. Consumo de drogas en las cárceles Venezolanas: Comparación ente un penal urbano y rural. Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel [En línea]. 2006, Vol 37, no. 2. [Citado el 4 de junio del 2013]. Disponible en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04772006000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04772006000200004&script=sci_arttext)

LOZANO CORTES, Maribel. Estudio comparativo de la cárcel en España y México en la actualidad: Universidad Quintana Roo Chetumal. En: Estudios Sociales. 2011. Vol. 20, No. 40. P. 24. [En línea]. [Citado 08 de noviembre de 2013]. Disponible en [http://file://DialnetEstudioComparativoDeLaCarcelEnEspanaYMexicoEnLaAct-3961200%20\(1\).pdf](http://file://DialnetEstudioComparativoDeLaCarcelEnEspanaYMexicoEnLaAct-3961200%20(1).pdf).



MARCIA, Lázaro, *et al.* Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de género no proceso de exclusão social. 1998.

MARTIN, Vicente y Otro. Tuberculosis Extensivamente Resistente y la población privada de la Libertad. Universidad de León de Ginebra, España: Rev. española de sanidad Penitenciaria. [En línea]. 2011, Vol. 13 no. 1 [citado 11 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/23/42>

MENDEZ, José. 2013. Explotación laboral en cárceles de Estados Unidos: una forma nueva de esclavitud en el siglo XXI (II). [En línea]. [Citado 06 de marzo de 2013]. Disponible en <http://generacioncubanaxc.wordpress.com/2013/01/07/explotacion-laboral-en-carceles-de-estados-unidos-una-forma-nueva-de-esclavitud-en-el-siglo-xxi-ii>

MEXICO. CENTRO DE ANALISIS DE POLITICAS PÚBLICAS. La Cárcel de México: Para qué ?. México, Agosto 2013. P.31

MEXICO. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal: México. 1a. Ed. México D.F. 176 p. ISBN: 978-607-7625-54-4

MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE. Decreto 2676 del 29 de diciembre de 2000. Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. P.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4109 de 2012. P. 12

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia. P. 2

MOURIÑO, Marco. Incidencia de la hepatitis crónica por VHC y necesidad de tratamiento en los internados de prisión. Revista Española de Sanidad

Penitenciaria. [En línea]. 2006, Vol 8, no. 3. [Citado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.sanipe.es OJS/index.php/RESP/article/view/116/272>

NACIONES UNIDAS. Consumo de drogas en población privada de la libertad y la relación entre delito y droga. [En línea]. 2010, [Citado el 24 de marzo del 2014]. Disponible en [http://www.unodc.org/documents/peruandecuador //Publicaciones/Consumo\\_de\\_drogas.pdf](http://www.unodc.org/documents/peruandecuador //Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf)

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias Psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de la libertad. Argentina [En línea]. 2009, p.89. [Citado el 4 de junio del 2013] Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202008000100004>

OCHOA, Sergio Andrés y MORENO, Paula Andrea. Riesgo Cardiovascular y de diabetes en población carcelaria de Pereira, Colombia, 2010. En: Revista Médica de Risaralda, Vol. 18, no. 2 Diciembre de 2012. P. 129 – 133

ORTIZ HERNANDEZ, Luis, “Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones”, en *Nueva Época, Salud Pública*, año 8, núm. 14-15, junio-diciembre de 2003, p. 19, Citada por COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal – México. 2010-2011. p.25.

ONUSIDA. El VIH Y SIDA en los lugares de detención. Nueva York. [En línea]. 2012, P. 25. [Citado el 4 de junio del 2013]. Disponible en <http://observatoriovihcarceles.org/es/vih-carceles.raw?task=download&fid=172>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. VIH/SIDA: Prevención, Atención tratamiento y apoyo en el medio carcelario. New York 2007. Viena: Australia. 55 pág.

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

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Global tuberculosis report 2012. Washington. 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2009. Resumen Analítico. [En línea]. [Citado 08 septiembre de 2013]. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe de la IV reunión regional de TB y TB/VIH en centros penitenciarios. San José: Costa Rica; 2008. Pág. 22

ORTEGA, Luz. 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, Colombia: Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 10 (20): 121- 137, 2011

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (xxi), de 16 de diciembre de 1960, entrada en vigor en 1976 y en México en 1981, artículo 12, párr. 1; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador–, aprobado el 17 de noviembre de 1988 en el decimoctavo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, entrada en vigor en 1999.

POSADA A, M. Las cárceles y población reclusa en Venezuela. Revista Española de la sanidad Penitenciaria. Barcelona: España. [En línea]. 2008, Vol 10, no. 1. [Citado el 24 de marzo del 2014]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202008000100004>

REVIRIEGO, Fernando. ¿La crisis de los sistemas penitenciarios Europeos? En: Revista de Derecho de la Unión Europea. Junio, 2009, no. 16, p. 243 – 264.

SAINZ DE LA HOYA. Pablo. La asistencia médica penitenciaria debería formar parte de los sistemas de salud pública. En: Lancet. 2010 [En línea]. [Consultado el 25 de marzo del 2014]. Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/11/22/portada/1290439693.html>

SALTYKOW, Victor y MENDEZ SOTO, Mario. Consumo de sustancias psicoactivas en población penal de Costa Rica. Revista Psicología.com [En línea], 2005, 9(1), [Consultado el 4 de mayo del 2013] Disponible en <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/764/738/>

SARKIN, JEREMY. Las cárceles en África: una evaluación desde la perspectiva de derechos humanos, 2008. Resumen Analítico. [En línea]. [Citado 08 septiembre de 2013]. Disponible en [http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo9.php?artigo=9,artigo\\_sarkin.htm](http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo9.php?artigo=9,artigo_sarkin.htm)

SECRETARIA DE SALUD DE MEDELLÍN. En: Revista Salud Pública de Medellín. Enero-Junio 2011. Vol.5, p. 61-74

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO. Boletín informativo no. 1 (2012). 2013.

Serveis Penitenciaris, Mesures Penals Alternatives i Justícia Juvenil. Estadística Bàsica d'Execució Penal nº 13. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010 citado por GARCIA GUERRERO, J. Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 106-113

SERRANO T, Ma. Dolores. Derecho a la salud de los Internos en centros Penitenciarios y sanidad penitenciaria. Revista de Derecho UNED, Núm. 6, 2010. Pág. 413 – 414, [en línea]. [Citado 25 abril de 2014]. Disponible en <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:RDUNED-2010-6-5140&dsID=Documento.pdf>

TODRYS, Katherine and Others. Imprisoned and imperiled: access to HIV and TB prevention and treatment, and denial of human rights, in Zambian prisons. En journal of the international AIDS Society. [En línea]. Vol 14 (2011). [Consultado el 4

de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/21314929/>

THURSTON, Diana and Others. Botulism from Drinking Prison- Made Illicit Alcohol-Utah 2011. En *Morbidity and Mortality Weekly Report*. [En línea]. Vol 61 (2012). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6139a2.htm>

VALENCIA RUIZ, Diego. Diagnóstico Sanitario de la Cárcel del Distrito Judicial de Pereira. Pereira, Colombia: *Rev. Medica de Risaralda*, 8 (2), Noviembre 2002. p. 1 – 6

VARELA, Liz. *Cárceles Inhumanas, aptas para delinquir*. 2002. 113 p.

VIERIA, Amadeu and Others. Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding an diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil, En *Rev Bras Epidemiology* [En línea]. Vol. 13 (2010). [Consultado el 4 de mayo del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/21180853/>

WILPER, Andrew, *et al.* The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey Mujeres. En: *American Journal of Public Health*. April 2009, Vol 99, No. 4, p. 666 – 672.

YUDKIN, P, *et al.* Cardiovascular disease risk factors and women prisoners in the UK:the impact of imprisonment. *Health Promot Int*; 24(4): 334-43, 2009 Dec. Mediline ID: mdl-19854844. Disponible en [http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=es&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&q=situacion+de+salud+en+carceles&index=tw&search\\_form\\_submit=Buscar](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=es&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&q=situacion+de+salud+en+carceles&index=tw&search_form_submit=Buscar)

# ANEXOS

## Anexo A. Instrumento recolección de Información



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO



### ENCUESTA PARA RECLUSOS (AS) DE LA INSTITUCION NACIONAL Y/O CENTRO PENITENCIARIO DE MOCOA 2013

#### Objetivo:

Identificar las condiciones de salud, ambientales y sanitarias de los reclusos y reclusas de la Institución Nacional Penitenciario y/o carcelario del Municipio de Mocoa, durante el periodo enero a diciembre de 2013.

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste con sinceridad, marcando con una (X) cuando sea necesario o escribiendo cuando se lo solicite. No debe llevar su nombre ni sus datos personales.

#### I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. Cuantos años tiene? \_\_\_\_\_

2. Sexo:

- Hombre
- Mujer

3. Etnia:

- Afro colombiana
- Indígena
- Mestizo
- Otra

4. Estado Civil:

- Casado
- Soltero
- Unión libre
- Separado/Divorciado
- Viudo

5. Cual fue el último grado de estudio que Usted aprobó?

- Ninguno

- Primaria incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria completa
- Universitario o pregrado
- Postgrado

6. Municipio de Procedencia \_\_\_\_\_

7. Área de su procedencia:

- Urbana
- Rural

8.Cuál es su situación Jurídica:

- Sindicado
- Condenado

9. El Tiempo de condena es

10. El tiempo como sindicado es\_\_\_\_\_

11.Cuál es su Tiempo de permanencia o detención en la cárcel?:\_\_\_\_\_

12. En el último año ha sufrido alguna enfermedad?

- SI
- NO

13. Su atención médica fue:

- De inmediata
- Al otro día
- A los dos días
- A la semana
- Al mes
- Nunca
- Cuando?

14. Si su enfermedad es odontológica, su atención fue:

- De inmediata
- Al otro día
- A los dos días



- A la semana
- Al mes
- Nunca
- Cuando?

15. Cuando necesita atención especializada o por especialista, es servicio es prestado de forma:

- De inmediata
- Cada mes
- Cada tres meses
- Cada seis meses
- Nunca
- Cuando?

16. Cuál es su orientación sexual:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual

## II. CAUSAS DE MORBILIDAD

### INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

17. Durante su permanencia en la cárcel Ud., ha adquirido una infección de transmisión sexual?

- SI
- NO

18. Sabe que son las infecciones de transmisión Sexual?

- SI
- NO

19. Ha recibido información sobre las infecciones de transmisión sexual?

- SI
- NO

20. Obtuvo información de las infecciones de transmisión sexual por:

- Familia
- Consultorio Médico
- Amigos

- Medios de difusión (radio, televisión, folletos, campañas de salud, etc.)
- Otros, cuál?

21. Su vida sexual es activa?

- SI
- NO

22. Se ha realizado un examen para descartar una infección de transmisión sexual?

- SI
- NO

23. Cual Infección de Transmisión sexual has tenido:

- VIH-SIDA
- Sífilis
- Condilomas o verrugas genitales
- Tricomoniasis
- Gonorrea
- Papiloma humano – HPV
- Candidiasis u hongos
- Gardenella
- Otras, Cual?

24. Si descubres alguna anomalía en tus genitales acudes de inmediato a tu médico?

- SI
- NO
- Por qué?

25. Cuáles son las formas de contagio?

- Relaciones sexuales
- Transmisión perinatal
- Transmisión sanguínea
- Otra Cual?

## TUBERCULOSIS

26. Durante su permanencia en la cárcel Ud., ha adquirido alguna clase de la enfermedad de la Tuberculosis?

- SI
- NO

27. Ha tenido tos con flema?

- SI
- NO

28. Ha tenido tos con sangre?

- SI
- NO

29. Cuanto tiempo ha tenido la tos?

30. Además presenta o ha presentado fiebre en las tardes o noches?

- SI
- NO

31. Ha perdido peso?

- SI
- NO

32. Has tenido sudoración?

- SI
- NO

33. Como se contagió?

## CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

34. Ud. Fuma:

- SI
- NO
- En caso positivo cuantos cigarrillos a la semana?

35. Hace cuánto tiempo fuma?: \_\_\_\_\_

36. Consume drogas o sustancias psicoactivas en cualquiera de sus aspectos?

- SI
- NO

37. Cuales drogas o sustancia psicoactiva consume?

- Marihuana
- Cocaína

- Perica
- Crack
- Éxtasis
- Alcohol
- Otras Cual?
- Ninguna

38. Hace cuánto tiempo consume droga? \_\_\_\_\_

39. Cuando Inicio el consumo de droga:

- En la cárcel
- Antes de entrar a la cárcel

40. Consume algún tipo de bebida alcohólica?

- SI
- NO
- Cual?

41. Si la respuesta anterior es afirmativa responda, con qué frecuencia consume alcohol?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente

## ENFERMEDADES CRÓNICAS

42. Durante la permanencia en la cárcel a Ud., le diagnosticaron la presión arterial alta o hipertensión?

- SI
- NO

43. Le han tomado a Ud. La presión arterial alguna vez?

- SI
- NO

44. Cuando fue la última vez que le tomaron la Presión arterial?

- Menos de 1 mes
- De 1 - 6 meses

- De 7 – 12 meses
- Más de un año
- Más de cinco años
- No recuerda
- Nunca
- Cuando?

45. Cuando le tomaron la presión arterial, cómo le dijeron que la tenía?

- Alta
- Baja
- Normal
- No recuerda

46. Toma Ud. Actualmente medicamentos para la presión?

- SI
- No

47. Que medicamento toma Usted para la presión?

- Nombre \_\_\_\_\_
- No sabe

48. Ud. Se controla la presión arterial una vez al año?

- SI
- NO

49. Le han medido el azúcar en la sangre?

- SI
- NO
- No sabe

50. Durante su permanencia en la cárcel, el médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene diabetes o azúcar en la sangre?

- SI
- NO

51. Cuando fue la última vez q Ud. Se chequeo el azúcar en la sangre?

- En el último año
- Más de un año
- Más de tres años
- Más de cinco años
- No recuerda

- Nunca
- No sabe/no está seguro

52. Durante la permanencia en la cárcel el médico u otro profesional de la salud le han le ha dicho que tiene aumento en el colesterol?

- SI
- NO
- No sabe/no está seguro

53. Le han hecho alguna vez un examen de colesterol?

- SI
- NO
- No sabe/no está seguro

54. Cuando fue la última vez que Ud. Se chequeo el colesterol?

- En el último año
- Más de un año
- Más de tres años
- Más de cinco años
- No recuerda
- Nunca
- No sabe/no está seguro

Las siguientes preguntas se relacionan con su peso corporal.

55. Cuál es su peso corporal

56. Cuál es su estatura \_\_\_\_\_

57. Qué piensa de su peso?

- Muy Bajo
- Ligeramente Bajo
- Justo el adecuado
- Ligeramente alto
- Muy alto
- No responde

58. Con que frecuencia realiza usted ejercicios de estiramiento, flexibilidad y coordinación o ejercicios similares?

- Diariamente
- Dos o tres veces en la semana

- Una vez en la semana
- Esporádicamente
- Nunca

59. Con que frecuencia Ud., realiza ejercicios de fortalecimiento muscular o para aumentar el tono muscular, tales como flexiones de pecho, sentadillas, barras u otros ejercicios similares?

- Diariamente
- Dos o tres veces en la semana
- Una vez en la semana
- Esporádicamente
- Nunca

60. Hace cuantos años que Ud., viene realizando actividades físicas o ejercicios?

- Menos de un año
- Un año
- Dos años
- Tres años
- Cuatro años
- Otra, cuál?

61. Por qué Ud. No realiza ningún tipo de ejercicio?

62. Las siguientes frases las considera falsas o verdaderas respectivamente, marcar con un circulo, la que Ud. Crea conveniente.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| ○ El ejercicio previene las enfermedades del corazón                               | V | F |
| ○ El ejercicio disminuye la posibilidad de sufrir un infarto                       | V | F |
| ○ El ejercicio sirve para bajar de peso  | V | F |
| ○ El ejercicio mejora la capacidad física  | V | F |
| ○ El ejercicio debe realizarse mínimo 3 veces a la Semana para que sea beneficioso | V | F |

### III. ASPECTOS AMBIENTALES Y SANITARIOS

63. Cuantos habitan en la celda o alojamiento?

64. Cuenta con batería sanitaria en la celda o alojamiento?

65. De que consta la batería sanitaria:

- Inodoro únicamente
- Si inodoro

- Ducha únicamente
- Inodoro y ducha
- Inodoro, ducha y lavamanos
- Ninguno
- Otros Cual?

66. De acuerdo a la respuesta anterior, cuantas baterías sanitarias hay en su patio?

67. Cuantos lavaderos hay en su patio?

68. Sus elementos de aseo, cada cuanto le suministran?

69. Sus elementos de aseo son:

- Suministrados por la institución
- Los compra
- Se los lleva la familia

70. Donde duerme?

- Cama
- Suelo, carretera o piso
- Debajo de la plancha/cambuche o hueco
- Plancha

71. Donde duerme es seco sin humedad:

- SI
- NO

72. Su cama está dotado de colchón y elementos de lencería?

- SI
- NO

73. Sus elementos de lencería (sábanas, fundas, cobijas) y colchón son dotados por la institución?

- SI
- NO

74. Si la respuesta anterior es negativa responda, como obtiene los elementos de lencería (sábanas, fundas, cobijas) y colchón?

- Los compra
- Se los lleva la familia
- Otro



75. Lo han capacitado o tiene conocimiento en la separación de los residuos sólidos o basura?

- SI
- NO

76. Cada cuanto tiene capacitación en la separación de residuos sólidos?

- Cada mes
- Cada seis meses
- Nunca
- Otro cuál?

77. Ud. recicla en su patio?

- SI
- NO

78. Existe suficientes recipientes o canecas para la recolección de residuos sólidos en su patio?

- SI
- NO

75. En el momento de la recolección de los residuos sólidos se mezclan?

- SI
- NO

## Anexo B. Guía de Observación

		DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO MUNICIPIO DE MOCOCA							
<b>GUIA DE OBSERVACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO Y O PENITENCIARIO DEL MUNICIPIO DE MOCOCA - INPEC</b>									
<b>OBJETIVO:</b> Identificar las condiciones ambientales y sanitarias de los reclusos y reclusas de la Institución Nacional Penitenciario y/o carcelario del Municipio de Mocoa, durante el periodo enero a diciembre de 2013.									
<b>A. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>									
Tipo de establecimiento de reclusión.					Nit				
Nombre del administrador o director			Tipo de identificación		CC	CE	NIT	PAS	Número de identificación:
Dirección			Teléfono					Correo electrónico:	
Nombre de la persona que atiende la visita			Tipo de identificación		CC	CE	NIT	PAS	Número de identificación:
<b>B. INFORMACION DE POBLACION RETENIDA</b>									
N° Total de internos a la fecha		N° Internos hombre		N° Internas mujeres		N° de Niños dentro del penal de población			
Capacidad Total de internos		N° de intenos en condición de		N° de intenos en condición de dicapacidad		N° de intenos en condición de dicapacidad			
<b>C. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN</b>									
<b>1. INSTALACIONES FISICAS</b>									
No	Aspecto a verificar	SI	NO	OBSERVACIÓN					
1.1	Está ubicado en un lugar alejado de focos de insalubridad o contaminación.	Si	No						
1.2	Está alejado de botaderos de basura, rellenos sanitarios, depósitos de aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.	Si	No						
1.3	Los techos, paredes y muros son resistentes, sin grietas, sin signos de filtración y de fácil limpieza.	Si	No						
1.4	Los pisos son impermeables de fácil limpieza, desinfección y con sistemas apropiados para el drenaje de aguas.	Si	No						
	Las paredes, pisos y techos de las celdas se en buen estado de conservación	Si	No						
1.5	Las escaleras, rampas y vías de acceso son seguras.	Si	No						
1.6	Se cuenta con señalización y demarcación de áreas internas y comunes.	Si	No						
1.7	La iluminación natural o artificial en los espacios del establecimiento es adecuada a su uso.	Si	No						
1.8	La ventilación del establecimiento es adecuada a su uso, siguiendo los criterios de las reglamentaciones correspondientes	Si	No						
1.9	Las instalaciones eléctricas están adecuadamente instaladas y protegidas.	Si	No						
1.10	Las instalaciones del almacenamiento de insumos y herramientas son adecuadas y seguras.	Si	No						
1.11	El número de personas por celda estará acorde con las condiciones y capacidad del mismo	Si	No						
1.12	Las celdas presentan óptimas condiciones de orden y aseo.	Si	No						
1.13	Las áreas de recreación están libres de escombros y/o obstáculos.	Si	No						
1.14	Todas las estructuras reciben mantenimiento preventivo y correctivo.	Si	No						
<b>2. INSTALACIONES SANITARIAS</b>									
No	Aspecto a verificar	SI	NO						
2.1	Existen aparatos sanitarios en número y tipo de acuerdo con la cantidad de personas existentes en el establecido.	Si	No						
2.2	Los servicios sanitarios se encuentran en correcto estado de funcionamiento.	Si	No						
2.3	Los servicios sanitarios son construidos materiales de fácil lavado y desinfección.	Si	No						
2.5	Los servicios sanitarios del establecimiento están dotados con los elementos para la higiene personal.	Si	No						
2.7	Cuenta con servicios sanitarios para uso de personas discapacitadas	Si	No						
<b>3. CONDICIONES SANITARIAS DE LAS AREAS DE ALMACENAMIENTO, PREPARACION Y VENTA DE ALIMENTOS, SE DEBE UTILIZAR EL ACTA ELABORADA PARA TAL FIN</b>									
3.1	Los techos están limpios y no presentan acumulación de suciedades, hongos, polvo o humedad.	Si	No						
3.2	No existe presencia de animales domésticos o de personal diferente a los manipuladores de alimentos.	Si	No						
3.3	La temperatura ambiental y ventilación del establecimiento es adecuada, no afecta la calidad del producto, evita la condensación y no incomoda al personal.	Si	No						
3.3	El establecimiento se encuentra con adecuada iluminación en calidad e intensidad (natural o artificial).	Si	No						

3.4	Los productos químicos utilizados (desinfectante, detergentes, plaguicidas) se encuentran rotulados y almacenados en un sitio alejado, protegido y bajo llave.	Si	No	
3.5	Los equipos y superficies en contacto con los alimentos están fabricados con materiales inertes, no tóxicos, resistentes a la corrosión, de fácil limpieza y desinfección.	Si	No	
3.6	Cuando se requiere el establecimiento dispone de utensilios desechables (Cubiertos, platos, vasos, etc.)	Si	No	
3.7	Las materias primas o alimentos sin procesar se reciben en un lugar limpio y protegidos del medio ambiente.	Si	No	
3.8	Se lavan los alimentos o materias primas crudas como carne, verduras, hortalizas y productos de la pesca con agua potable corriente antes de la preparación.	Si	No	
3.9	Las hortalizas y verduras que se comen crudas se lavan y desinfectan con sustancias	Si	No	
3.10	Los alimentos crudos (cárnicos, lácteos, pescados) se almacenan separadamente de los cocidos o preparados de tal manera que se evita la contaminación cruzada.	Si	No	
3.11	Los alimentos perecederos tales como la leche y sus derivados, carne y sus derivados, preparados, productos de la pesca, se almacenan en recipientes separados bajo condiciones de refrigeración y/o congelación adecuadas y proceden de proveedores que garanticen su calidad.	Si	No	
3.12	Se realizan operaciones de limpieza y desinfección de equipos, utensilios y superficies que entren en contacto con los alimentos a través de métodos adecuados (químicos - físicos).	Si	No	
3.13	El lavado de utensilios se realiza con agua potable corriente, jabón o detergente y cepillo, en especial en donde se pican o fraccionan alimentos, los cuales están en buenas condiciones de conservación e higiene.	Si	No	
3.14	El servido de los alimentos se realiza con utensilios adecuados y se evita el contacto con las	Si	No	
3.15	Las superficies para el picado son de material sanitario (plástico, nylon, polietileno o teflón).	Si	No	
3.16	Los alimentos preparados para consumo inmediato que no se consumen dentro de las 24 horas siguientes son desechados.	Si	No	
3.17	El personal manipulador de alimentos tiene certificado médico y controles periódicos.	Si	No	
3.18	Los manipuladores acreditan cursos o capacitación en higiene y protección de alimentos.	Si	No	
3.19	Los empleados que manipulan alimentos utilizan uniforme adecuado de color claro, limpio y calzado cerrado.	Si	No	
3.20	Las manos se encuentran limpias, sin joyas, uñas cortas y sin esmalte.	Si	No	
3.21	Los empleados evitan prácticas antihigiénicas tales como rascarse, toser, escupir, etc.	Si	No	
3.22	Los manipuladores se lavan y desinfectan las manos hasta el codo cada vez que sea necesario	Si	No	
3.23	Los productos susceptibles de contaminar (carne de res, cerdo, pollo, pescados, quesos, etc) o de ser contaminados se encuentran en condiciones de conservación requeridas (congelación, refrigeración, medio ambiente), protegidos y separados para evitar la	Si	No	
3.24	Los productos se encuentran dentro de su vida útil y son aptos para el consumo humano.	Si	No	
3.25	Los productos están envasados o empacados en condiciones técnicas y sanitarias.	Si	No	
3.26	Los alimentos y bebidas expuestas a la venta están en vitrinas, campanas plásticas o cualquier sistema apropiado que los proteja del medio exterior.	Si	No	
3.27	El proceso de expendio y venta al consumidor se realiza en forma sanitaria.	Si	No	
3.28	Los productos se encuentran rotulados de conformidad a la normatividad sanitaria vigente (Resolución 5109 de 2005).	Si	No	
3.29	Los productos que lo requieren tienen Registro Sanitario.	Si	No	
3.20	Existen extintores de incendios cargados y debidamente señalizados.	Si	No	
<b>4. RESIDUOS SOLIDOS Y LIQUIDOS</b>				
No	<b>Aspecto a verificar</b>	SI	NO	
4.1	Cuenta con plan de gestión de residuos para el establecimiento (programas de reutilización, reducción, reciclaje, segregación en la fuente, capacitación, entre otros)	Si	No	
4.2	Cuenta con un sitio de almacenamiento temporal de residuos señalado, con separación por tipo de residuos (ordinarios, reciclables y peligrosos), con equipo de extinción de incendio, con pisos con pendiente adecuada para el drenaje, punto de agua y de drenaje, paredes de fácil limpieza y desinfección; y demas que establece la norma.	Si	No	
4.3	Se cuenta con suficientes recipientes de material rígido con tapa y bolsa plástica bien ubicados e identificados en las fuentes de generación.	Si	No	
4.4	Los residuos son recolectados con la frecuencia necesaria.	Si	No	
4.5	El personal que maneja los residuos es dotado con los elementos de protección personal.	Si	No	
4.6	Los contenedores están contruidos en material rígido, impermeable, de fácil limpieza y resistentes a la corrosión.	Si	No	

4.7	Se cuenta con sistemas sanitarios para la recolección y disposición de aguas residuales.	Si	No
4.8	Los canales, sifones y drenajes de aguas se encuentran sin taponamiento y en buen estado.	Si	No
4.9	Existe sistema de tratamiento para las aguas residuales del establecimiento	Si	No
<b>5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>			
No	<b>Aspecto a verificar</b>	SI	NO
5.1	Número de eventos presentados en los últimos seis meses.	Si	No
5.2	Se registran y se notifican los eventos de intoxicaciones o enfermedades de origen alimentario.	Si	No
5.3	Se registran y se notifican los eventos de SIDA- VIH, Dengue, Leishmaniasis, leptospirosis.	Si	No
5.4	Se registran y se notifican los eventos de Inmunoprevenibles (sarampión, rubeola parotiditis, varicela hepatitis A, meningitis), adenovirus (ERA, EDA).	Si	No
5.5	Se registran y se notifican los eventos de Enfermedades Transmitidos por alimentos	Si	No
<b>Observaciones de quien atiende la visita:</b>			
INVESTIGADOR(1) QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE		NOMBRE	
CEDULA		CEDULA	
CARGO		CARGO	
PROFESIÓN		PROFESIÓN	
FIRMA		FIRMA	
INVESTIGADOR (2) QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE		NOMBRE	
CEDULA		CEDULA	
CARGO		CARGO	
PROFESIÓN		PROFESIÓN	
FIRMA		FIRMA	

## Anexo C. Consentimiento Informado



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO



Con el fin de identificar la Situación de Salud de los Internos del centro penitenciario y/o carcelario del municipio de Mocoa, me dirijo a usted para solicitar su colaboración en la investigación titulada: SITUACIÓN DE SALUD DE LOS INTERNOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DEL MUNICIPIO DE MOCOA - DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, DURANTE EL AÑO 2013

La investigación planteará describir la situación de salud de los reclusos en el centro penitenciario y carcelario del Municipio de Mocoa, durante el año 2013, con el propósito de contribuir a mejorar las estrategias hacia los programas de atención dirigidos a la población carcelaria.

Como objetivos específicos se proponen:

1. Describir las características sociodemográficas de los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa
2. Describir las características sanitarias y ambientales de los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa
3. Identificar las principales causas de morbilidad de los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa
4. Describir los principales eventos de interés en salud pública que se presentaron en los internos del centro carcelario y penitenciario del Municipio de Mocoa

Para lo anterior, se realizará un cuestionario dirigido, por esto se solicita su colaboración para que Usted participe en la investigación. Esta participación es libre, voluntaria, usted puede retirarse de la investigación en el momento que lo desee.

Se respetará en todo momento sus derechos. Se resguardará la integridad e intimidad de todos los participantes en la investigación y la confidencialidad de la

información. Para procesar la información, a cada persona participante de la investigación se le asignará un código con el propósito de preservar su identidad.

Los resultados de la investigación presentarán los datos con integridad y exactitud. Al finalizar la investigación, usted recibirá la información sobre los resultados de la misma. Al publicar los resultados de la investigación se mantendrá la confidencialidad en la identidad de los sujetos que participaron en la investigación.

El participante no será compensado económicamente ni instaurará demanda en contra de la Institución y de los investigadores.

El presente consentimiento informado, si usted está de acuerdo libre y voluntariamente, se firmará en presencia de dos testigos el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, año \_\_\_\_\_.

Persona participante en la investigación:

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número uno

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número dos

Compromiso de confidencialidad:

Como investigador, me comprometo a mantener el anonimato de su nombre, de su testimonio en la investigación. La información suministrada por usted sólo será utilizada para los fines de este estudio. Su colaboración es voluntaria, por esto usted está en libertad de responder o no las preguntas que se realizan. Puede retirarse en el momento en que lo desee.

Si está de acuerdo en participar en la investigación y en señal de la conformidad, le solicito firmar este compromiso de confidencialidad, teniendo en cuenta que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad de manera libre y espontánea:

\_\_\_\_\_  
Firma investigador responsable

\_\_\_\_\_  
Firma de persona participante

Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Anexo D. Presupuesto

Tabla 1. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)

<b>RUBROS</b>	<b>TOTAL</b>
PERSONAL POR 6 MESES	36.000.000
EQUIPOS	1.800.000
SOFTWARE	
MATERIALES	1.000.000
SALIDAS DE CAMPO	
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	1.000.000
PUBLICACIONES Y PATENTES	
SERVICIOS TECNICOS	
VIAJES	4.830.050
CONSTRUCCIONES	
MANTENIMIENTO	
ADMINISTRACION	
<b>TOTAL</b>	<b>44.630.050</b>

Tabla 2. Descripción de los gastos de personal (en miles de \$)

<b>INVESTIGADOR/ EXPERTO / AUXILIAR</b>	<b>FORMACION ACADEMICA</b>	<b>FUNCION DENTRO DEL PROYECTO</b>	<b>DEDICACION</b>	<b>RECURSOS</b>
1	Bacteriología	Investigador	Tiempo completo	18.000.000
1	Enfermera	Investigador	Tiempo completo	18.000.000
<b>TOTAL</b>				<b>36.000.000</b>

Tabla 3. Descripción de los equipos que se planea adquirir (en miles de \$)

<b>EQUIPO</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>RECURSOS</b>
Sistema de computo	Elaboración del informe o trabajo de grado y la tabulación de datos	1.800.000
<b>Total</b>		<b>1.800.000</b>



Tabla 4. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propios (en miles de \$)

<b>EQUIPO</b>	<b>VALOR</b>
Sistema de computo	2.000.000
<b>Total</b>	<b>2.000.000</b>

Tabla 5. Descripción y justificación de los viajes (en miles de \$)

<b>Lugar / No de viajes</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>Pasajes (\$)</b>	<b>Estadía (\$)</b>	<b>Total días</b>	<b>RECURSOS</b>
Mocoa-Neiva	Asesoría	90.000	150.000	dos	390.000
Puerto Guzmán-Mocoa-Neiva	Asesoría	140.000	150.000	dos	440.000
Puerto Guzmán-Mocoa	Trabajo de campo	50.000	100.000	40	4.000.050
<b>Total</b>					<b>4.830.050</b>

Tabla 6. Materiales, suministros (en miles de \$)

<b>Materiales</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>Valor</b>
Logística	Impresión de 170 encuestas y un formato de observación.	1.000.000
<b>Total</b>		<b>1.000.000</b>

