

ANÁLISIS DE LAS REDES PERSONALES DE LOS INTERNOS DEL PATIO 3
EN LA CÁRCEL LA MODELO DE BOGOTÁ:
UN ABORDAJE DESDE LAS CIENCIAS CONTEMPORÁNEAS.

LUZ ANGELA VÁSQUEZ HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ

2016

ANÁLISIS DE LAS REDES PERSONALES DE LOS INTERNOS DEL PATIO 3
EN LA CÁRCEL LA MODELO DE BOGOTÁ:
UN ABORDAJE DESDE LAS CIENCIAS CONTEMPORÁNEAS.

LUZ ANGELA VÁSQUEZ HERNÁNDEZ

Trabajo de Grado para optar el título de Magíster en Salud Pública

Asesor

EDGAR FERNANDO MUNAR

Docente

Universidad El Bosque

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ

2016

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá. Enero 15 del 2016

Texto de la dedicatoria

Este trabajo de grado se lo dedico.....

A los años de trabajo al interior de establecimientos que despertaron en mí, el interés por el bienestar de la población interna. A Dios, que me puso en ese lugar para poder servir y mirar los ojos agradecidos de los internos, porque simplemente nos encontrábamos allí.

De igual forma a.....

Mi madre Luzmila, por su apoyo incondicional y la constante certeza de creer en mí.

Mi padre Roberto por las enseñanzas brindadas y el ejemplo de humildad a pesar de sus grandes alcances académicos.

Mis hijos Juan Paulo y Catalina, porque los amo infinitamente y me motivan cada día a dar lo mejor de mí.

Mi Pablo, compañero incondicional por su amor y decidido soporte en los retos elegidos.

Mis profesores de la Universidad El Bosque, por sembrar en mí la incertidumbre para la búsqueda constante de respuestas.

Texto de agradecimiento

Inicialmente, quiero agradecer a mi tutor Fernando Munar que con su ayuda y conocimiento pude hacer realidad este proyecto. Gracias por su paciencia, reconocimiento y motivación.

Le agradezco a los compañeros de la Dirección de Atención y Tratamiento por su apoyo y colaboración. Y por supuesto a la población interna que voluntariamente compartió sus experiencias a través de relatos sobre sus realidades sanitarias.

Así mismo, a la Universidad el Bosque, a mis maestros y compañeros por permitirme fortalecer mis conocimientos y competencias profesionales frente al maravilloso reto de la Salud Pública.

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE GRAFICAS	10
RESUMEN.....	11
INTRODUCCIÓN.....	15
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVO GENERAL.....	23
OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	23
MARCO REFERENCIAL.....	24
1. CAPÍTULO 1: PRISIONES Y SALUD PENITENCIARIA.....	25
1.1 Histórico de prisiones.	25
1.2 Situación de las cárceles.	29
1.3 Salud penitenciaria.....	33
2. CAPÍTULO 2: ACCESIBILIDAD PENITENCIARIA	41
3. CAPÍTULO 3: CIENCIAS CONTENPORANEAS	46
3.1 Teoría De Redes.	50
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	52
4.1 Diseño Del Estudio.....	52
4.2 Etapas del estudio.	52
4.3 Identificación de variables.....	53
4.3.1. Urgencia Médica.....	54
4.3.2 Cita Médica.	54
4.3.3 Tratamientos Médicos.	55
4.3.4 Medicamentos.....	56
4.3.5 Remisión.....	57
4.4 Población.	58
4.4.1 Descripción de Sujetos Entrevistados.	61
4.5 Lugar.	65
4.5.1 Establecimiento Carcelario de La Modelo.....	65
4.5.2 Caracterización de Internos del Patio 3.....	68
4.6 Temporalidad.	70

4.7	Estrategia e instrumentos de recolección.....	70
4.7.1	Estrategia.....	70
4.7.2	Instrumentos de Recolección	71
5.	ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	72
5.1	Variable Emergencia.....	72
5.1.1	Análisis Variable Emergencia Médica.....	74
5.1.2	Análisis Variable Emergencia desde las ciencias Contemporáneas (redes complejas).	75
5.2	Variable Cita médica.....	79
5.2.1	Análisis variable.....	81
5.2.2	Análisis variable cita médica, desde las ciencias Contemporáneas (redes complejas).	83
5.3	Variable Tratamientos.....	84
5.3.1	Análisis variable tratamiento.....	85
5.3.2	Análisis variable tratamiento desde las ciencias contemporáneas (redes complejas).	86
5.4	Variable Remisión.	87
5.4.1	Análisis de variable de remisión.	89
5.4.2	Análisis de variable de remisión desde las ciencias de la complejidad.....	90
5.5	Variable Medicamentos.	90
5.5.1	Análisis variable Medicamentos.....	92
5.5.2	Análisis variable Medicamentos desde la ciencias de la complejidad.....	93
	CONCLUSIONES.....	95
	ASPECTOS ETICOS.....	97
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	99

LISTA DE TABLAS

Tabla– 1. Población interna a nivel nacional-reporte SISIPPEC dic-2015 (pag. 28).

Tabla - 2. Población interna en Bogotá a cargo del INPEC (pag. 28).

Tabla - 3. Morbilidad de la PPL. (pag.35).

Tabla - 4. Morbilidad de la PPL reportada por los establecimientos. (pag. 37 y 38).

Tabla - 5. Morbilidad de la PPL reportada por los establecimientos. (pag. 39).

Tabla 6. EISP notificados como eventos colectivos en ERON, Periodo epidemiológico de 2015. (pag.40)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-1. Estructura de estudio y construcción del marco teórico. (pag.24)

Figura 1-2. Hacinamiento por Regional. (pag. 31)

Figura 1-3. Hacinamiento en Colombia. (pag. 31)

Figura 1-4. Mortalidad de la PPL. (pag. 36)

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 01. Red de interacciones al interior del patio 3 Cárcel la Modelo. (pag.59)

Gráfica 02. Conexiones Sujeto N°2 Patio 3 Cárcel la Modelo. (pag. 60)

Gráfica 03. Red de conexiones PPL Patio 3 Cárcel La Modelo. (pag. 76)

Gráfica 04. Conexiones Sujeto N°9 Patio 3 Cárcel la Modelo. (pag. 77-78)

Gráfica 05. Conexiones Sujeto N°3 Patio 3 Cárcel la Modelo. (pag.78)

RESUMEN

Este trabajo de investigación cualitativa fue realizado en un patio de la cárcel Modelo de Bogotá en el año 2015. Presenta una aproximación al conocimiento de las interacciones que desarrollan los internos del patio 3 para acceder a los servicios del área de sanidad del establecimiento. Los problemas de salud relacionados con las prisiones afectan directamente a la sociedad en general; por lo tanto es importante explicar e interpretar las interacciones que se dan al interior de las mismas para poder acceder a los servicios de salud, ya que los actuales estudios no han sido suficientes para explicarlos. Se acude a las ciencias contemporáneas para dar tener una mayor aproximación al fenómeno, dado que los actuales enfoques académicos no han permitido profundizar en la problemática de estudio.

La recopilación de la información se logra a través de entrevistas abiertas aplicadas a internos del patio 3; la participación de los sujetos fue voluntaria y bajo consentimiento informado. Se realizaron 9 entrevistas: unas individuales y dos grupos focales. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Al término de las mismas, se indagó en los temas claves que permitieron identificar las siguientes variables: emergencia médica, consulta médica, tratamientos médicos, entrega de medicamentos y remisión médica. El análisis de la información se hizo con el apoyo del programa para interpretación de redes "GEPHI".

Entre los hallazgos se evidencio que de acuerdo con la teoría de redes, las dinámicas del patio 3 generaron estrategias de convivencias que los acercaban a un estado de bienestar intramural. Los internos construyen redes de acción comunicativa. Para este caso, la red construida por este grupo presenta un beneficio para los actores que se encuentra en el entorno penitenciario (patio 3).

Como conclusión, las variables de estudio (emergencia médica, consulta médica, tratamientos médicos, entrega de medicamentos y remisión médica) pueden darse en la medida en que los participantes de la red se conectan a través de los líderes del patio 3, quienes poseen las mayores conexiones al interior del establecimiento penitenciario y aumentan las posibilidades de acceso a los servicios de salud (tanto al interior de la institución como servicios fuera de este). Por otra parte, a pesar de los esfuerzos de los internos del patio 3 para permanecer en red, desafortunadamente la gestión administrativa en pro de la salud de la población privada de la libertad esta desconectada de la realidad intramural. Las barreras de acceso evidenciadas en los relatos de los internos se asociaron a factores administrativos: régimen interno, medidas de seguridad, personal de sanidad externo y la tercerización del servicio sanitario.

Palabras clave:

Prisiones, saneamiento de cárceles, accesibilidad a los servicios de salud, salud pública , red social.

SUMMARY

This qualitative study was conducted in a courtyard of Bogota's Modelo prison in 2015. It has a better knowledge of the interactions that develop internal courtyard 3 for accessing health services in the area of the establishment. Health problems related to prisons directly affect society in general; therefore it is important to explain and interpret the interactions that occur within them to access health services because current studies have not been sufficient explanatory. It comes to contemporary science to have a closer approximation to the phenomenon, since the current academic approaches have failed to delve into the issue of study.

The collection of information is accomplished through open interviews applied internal courtyard 3; the participation of the subjects was voluntary and under informed consent. 9 single some interviews and two focus groups were conducted. The interviews were recorded and transcribed. At the end of them, I was investigated on key issues which identified the following variables: medical emergency, medical consultation, medical treatment, provision of medicines and medical referral. The data analysis was done with the support of the program performance of networks "Gephi".

Among the findings showed that according to the network theory, the dynamics of the patio 3 generated coexistence strategies that brought them closer to a state of intramural welfare. Internal build networks of communicative action. In this case, the network built by this group presents a benefit for the actors who are in the prison setting (patio 3).

In conclusion, the study variables (medical emergency, medical consultation, medical treatment, provision of medicines and medical remission) may occur to the extent that the participants of the network are connected through the patio 3 leaders who possess the greater connections within the prison and increase the chances of access to health services (both within the institution and outside these services). Moreover, despite the efforts of the internal patio 3 to stay in network, unfortunately administrative management for the health of the population deprived of freedom is disconnected from the intramural reality. Access barriers evident in the stories associated with internal administrative factors: internal regulations, safety, health personnel and outsourcing outside the health service.

Keywords:

Prisons, jails sanitation, access to health services, public health, social network.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones en las que se desarrolla la atención sanitaria al interior de las prisiones son muy particulares y han cobrado un interés especial teniendo en cuenta los índices de reincidencia que demuestran el importante intercambio entre la sociedad y la prisión. Sin embargo los establecimientos penitenciarios y carcelarios en Colombia han sido objeto de denuncias relacionadas con insuficiencia sanitaria, hacinamiento, falta de personal, desatención estatal y vulneración de derechos. La tercerización de las funciones sanitarias han incrementado la problemática y las políticas de salud para la Población privada de la Libertad (PPL) no han resuelto la necesidad de garantizar el acceso a los servicios de salud de esta población.

Es importante explicar lo que pasa al interior de los establecimientos carcelarios y penitenciarios en cuanto a las condiciones de salud y las fallas en el servicio. No hay estudios expliquen el acceso de los internos a los servicios de salud, ni tampoco estudios que exploren las interacciones de las dinámicas intramurales que permitan preservar las condiciones de salud de los internos. Este trabajo de investigación cualitativa realizado en un patio de la cárcel Modelo de Bogotá, presenta una aproximación al conocimiento de esas interacciones desde la perspectiva de las ciencias contemporáneas. Poder interpretar las redes o conexiones que se construyen a interior del patio, su dinámica y estructura son una nueva manera de pensar los problemas que sufren los internos al interior de los muros para acceder al servicio de salud.

Ante este marco, el documento expone contenidos relacionados con las prisiones, salud penitenciaria, accesibilidad a los servicios de salud en prisiones y ciencias contemporáneas. Así como el desarrollo de la investigación, la cual explica el trabajo de campo obtenido al interior del patio 3 de la cárcel Modelo de Bogotá, en donde se realizaron una serie de entrevistas abiertas a un grupo de internos que voluntariamente y bajo consentimiento informado, relataron sus experiencias para poder acceder a los servicios sanitarios (emergencia médica, consulta médica, tratamientos médicos, entrega de medicamentos y remisión médica). Los relatos de los internos se exponen en el documento y se analizan a la luz de las ciencias contemporáneas con el apoyo del programa para interpretación de redes GEPHI.

Se espera finalmente, visibilizar lo que se siente estar enfermo al interior de un patio de una cárcel y necesitar un servicio de salud, que desde adentro se percibe en muchas ocasiones como inalcanzable.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

“Los internos son encarcelados como castigo, no para castigarlos”

La cárcel en América Latina es el único destino que tiene el transgresor a la Ley¹. Nuestra sociedad ha instalado con mucha fuerza la necesidad del castigo al ofensor mediante la imposición de una pena extrema (la cárcel) y el escarmiento que le brinda la sociedad al ofensor a través de las inhumanas políticas carcelarias. Al respecto, se encuentra información relacionada con las condiciones negativas de la prisionalización de la población privada de libertad (PPL). Ejemplos de ello se reflejan en la Sentencia T 388 de 2013 de la Corte Constitucional “Estado de cosas inconstitucionales del sistema carcelario²” donde se describe a las prisiones colombianas como vertederos o depósitos de seres humanos, antes que instituciones respetuosas de la dignidad, de los derechos fundamentales de las personas y del trabajo resocializador.

Sin embargo, contrario a la elevación de la tasa de temor de la sociedad por el incremento de la "inseguridad" colectiva y transformada en la cárcel como la

¹ LA CÁRCEL: DEL EXTRAÑAMIENTO A LA INCLUSIÓN. Fernando Carrión M.

² El Estado de cosas Inconstitucionales es una herramienta y/o mecanismo de origen jurisprudencial creado con el fin de protegerlos derechos fundamentales de la población en Colombia. En Colombia en varias ocasiones se ha declarado un Estado de Cosas inconstitucionales, pues se han encontrado situaciones que lo han ameritado debido a la violación masiva y sistemática de derechos fundamentales, omisión de las autoridades responsables para adoptar medidas que busquen garantizar tales derechos, utilización masiva del mecanismo de la tutela como medio de defensa de los derechos conculcados, entre otras.

única solución, surge el interés público por la salud de los internos. Puede ser porque las prisiones como lo dice Vicente Martín (2004)³ se comportan, normalmente, como cajas de resonancia que amplifican los problemas de salud de los colectivos más desfavorecidos social y económicamente. Estos colectivos con altos índices de reincidencia entran y salen continuamente de nuestras cárceles a la vida en libertad. Se estima que Colombia tiene una tasa de reincidencia del 11.1 %⁴, cifra que demuestra el importante intercambio entre la sociedad y la prisión. Por esta razón, los problemas de salud de las prisiones van a repercutir de forma ineludible en la sociedad, y a la inversa ya que toda actuación de la sociedad en el sentido de mejorar las condiciones de vida y salud de las PPL repercutirá favorablemente en la sociedad.

Según lo anterior, mejorar las condiciones de la salud de la PPL adquiere relevancia y más aún cuando estudios como los de la Defensoría del Pueblo⁵ evidencian atención deficiente de la salud, inadecuadas condiciones de las áreas de sanidad, falta de profesionales, emergencias de difícil resolución por trámites administrativos, dificultades para las remisiones a instituciones prestadoras de servicios de salud y falta de medicamentos entre otros. Es muy difícil para la sociedad entender que los problemas de salud relacionados con las prisiones les

³ Las prisiones y la salud pública. 8 jun. 2004, Edición impresa. El PAIS

⁴ Estadísticas de reinserción población PL intramural Noviembre de 2015. Oficina Asesora de Planeación Grupo Estadística, Dirección General. INPEC

⁵ Situación del servicio de Salud en las cárceles de Colombia. Diciembre 2003.

afectan directamente. Es una relación de puerta giratoria como lo llama Fernando Carrion (2004), entre la sociedad y la prisión.

Por lo tanto, es importante explicar lo que pasa al interior de los establecimientos carcelarios y penitenciarios en cuanto a las condiciones de salud y las fallas en el servicio. Los actuales estudios no han sido lo suficientemente explicativos. En su mayoría se encuentran estudios cuantitativos relacionados con la prevalencia de enfermedades como el sida, la tuberculosis, hepatitis, parotiditis, varicela entre otras. Así mismo, en la revisión bibliográfica se encuentran pocos estudios cualitativos relacionados con salud penitenciaria y ningún estudio que explore las interacciones de las dinámicas intramurales que permitan preservar las condiciones de salud de los internos, conocimiento de las necesidades de salud de estos condicionados por las medidas de seguridad, la carencia de recursos y la desorganización de las áreas de sanidad.

En materia de Salud, no se han abordado las manifestaciones de la subcultura carcelaria como instrumento de interpretación. Tal como lo refiere Guitérrez⁶ (2013) “la subcultura carcelaria combina estructuras sociales y de poder, elaborando su código de valores y manifestaciones específicas que regulan la vida cotidiana en el interior de los establecimientos, apreciando que las prisiones son vitrinas políticas del sistema vigente, ya que el grado de avance de una sociedad se refleja directamente en el estado de sus prisiones”. Lo que deja en

⁶ Guitérrez Ruíz, Laura Angélica. Normas Técnicas sobre administración de prisiones.

evidencia que hace falta identificar e interpretar las interacciones de las dinámicas intramurales para dar respuesta al tema de accesibilidad a la salud en prisiones, que hasta el momento no ha sido explicado en profundidad.

Es por todo lo anterior, que la presente investigación fijó como pregunta de investigación la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué interacciones se dan al interior de los establecimientos para poder acceder al servicio de salud?

JUSTIFICACIÓN

Hay razones tanto éticas como de salud pública para monitorear el estado de salud de los internos en los establecimientos de reclusión teniendo en cuenta el incremento de la delincuencia, de la población privada de la libertad (PPL) y el riesgo exponencial de propagación. A los establecimientos ingresan mayoritariamente internos que pertenecen a grupos sociales conflictivos y subalternos, como urbanos empobrecidos, minorías étnicas, desplazados y toxicómanos de drogas inyectables⁷. Por consiguiente, muchos de ellos tienen enfermedades no tratadas, problemas de salud mental no diagnosticados y necesidades sociales no satisfechas. Cuando se inicia un proceso de reclusión se inicia la exposición a una cotidianidad de aislamiento, consumo de drogas, enfermedades transmisión sexual, violencia y entornos insalubres, de lo cual según Bollini (2012), resultan poblaciones penitenciarias con un estado de salud más deteriorado que la población general.

De otro lado Bollini (2012) refiere, “la dinámica misma de la cárcel, su funcionamiento, produce conflictos profundos que son resultado de las interacciones encontradas” y que pueden influir en el estado de salud de la PPL.

⁷) Paola Bollini, Dr ForMed, Suiza. Epidemiología de VIH/SIDA en los establecimientos penitenciarios. Epidemiología de VIH/SIDA en los establecimientos penitenciarios 2012.

Aún como funcionaria penitenciaria es difícil entender lo que se siente y afecta estar al otro lado de la reja, con todo lo que eso implica: el sometimiento a un entorno, a los compañeros de celdas, al “cacique” o líder del patio y la complejidad de ser parte de un sistema de degradación y desorden que fluye a pesar de la adversidad.

La tarea es buscar explicaciones que permitan identificar qué clase de interacciones son las que predominan al interior del contexto carcelario para que las acciones en “búsqueda” de la salud sean las apropiadas.

La cárcel modelo de Bogotá fue seleccionada para este estudio por ser el segundo establecimiento a nivel nacional con mayor número de denuncias e informes en relación con la situación de salud de los internos. Al realizar la revisión documental se encontró que la Subdirección de Atención en Salud del INPEC recibió para el 2015 a nivel nacional 563 denuncias⁸ relacionadas con la prestación del servicio de la salud, de las cuales el 13.3 % corresponden al establecimiento de la Modelo en Bogotá.

Para este estudio, la cárcel Modelo permitió la elección de un patio con condiciones de seguridad que permitían acceder a la población interna sin afectar la seguridad de los participantes y del mismo investigador. Teniendo en cuenta

⁸ Reporte de denuncias 2015 recibidas por el área de Salud Pública de la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC.

que se realizarían entrevistas abiertas sobre un tema que en el discurso de los internos está lleno de inconformidades, denuncias y vulneración de derechos.

OBJETIVO GENERAL

Entender el tipo de interacciones que se dan al interior del establecimiento carcelario La Modelo Patio 3 para poder acceder a los servicios de salud prestados por el INPEC.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

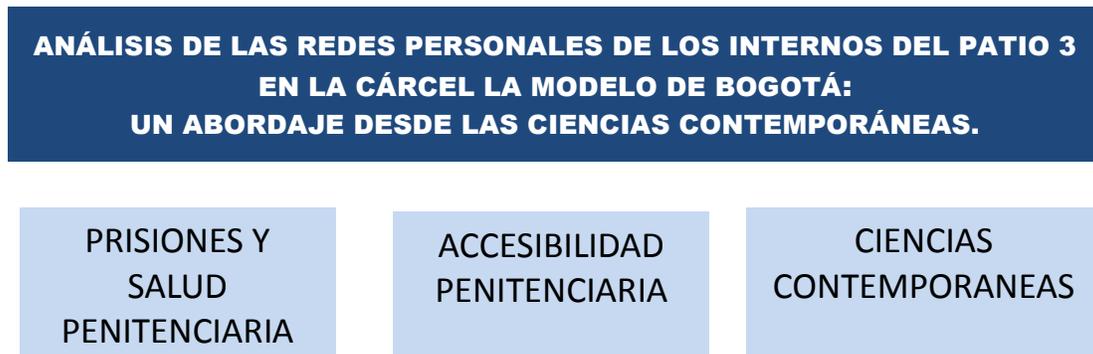
- a. Descripción del patio 3 de la cárcel La Modelo y las personas privadas de su libertad.
- b. Indagar en la población privada de la libertad el tipo de red o interacciones presente y los atributos de la misma.
- c. Diagramar y analizar los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los internos del patio 3 establecimiento carcelario La Modelo.

MARCO REFERENCIAL

Teniendo en consideración el objeto y alcance de la presente investigación, se definen las siguientes líneas epistemológicas:

- Prisiones y salud penitenciaria,
- Accesibilidad.
- Ciencias Contemporáneas: Teoría de redes.

Figura 1-1. Estructura de estudio y construcción del marco teórico.



1. CAPÍTULO 1: PRISIONES Y SALUD PENITENCIARIA

1.1 Histórico de prisiones.

Al documentar la historia de las prisiones como edificios que sirven al propósito de privación de la libertad desde los siglos XVIII y XIX⁹¹⁰. La función de estas instituciones ha variado, pasando de ser depósitos de acusados en espera de un castigo físico, a recintos concebidos para albergar a condenados que pagan sus delitos.

El concepto de privación de libertad se ha utilizado en Colombia desde la época de la conquista sin embargo solo hasta el siglo XX se creó una división gubernamental que rigiera específicamente este sistema de cárceles, más exactamente en 1914 mediante la ley 35 y el Decreto Orgánico No.1557 del mismo año, se crea la Dirección General de Prisiones, como entidad adscrita al Ministerio de Gobierno y con Decreto Ley No. 1405 de 1934, que se identifica como el primer Estatuto de Régimen Penitenciario y Carcelario, se reglamenta su administración y organización¹¹.

⁹ Ensayo sobre la reforma carcelaria en el pensamiento ilustrado y su plasmación en modelos arquitectónicos. Javier García Algarra.201.

¹⁰ Faustino Gudín Rodríguez M. Introducción Historia de Prisiones.

¹¹ Luis Eduardo Castro Gil documenta en su estudio violencia intramural la historia de las prisiones en Colombia hasta el año 1993 cuando a través de la ley 65 del 93 código penitenciario y carcelario se pretende modernizar la justicia en las cárceles.

Después en 1940 su nombre es cambiado al de División General de Establecimientos de Detención, Penas y Medidas de Seguridad y así mismo su reglamento de funcionamiento y del personal, se estableció por medio de la resolución Ministerial Número 1072 de 1956.

La historia del INPEC se remite al el año 1992 y mediante decreto No. 2160 se fusiona la Dirección General de Prisiones con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia y la Imprenta Nacional y se crea el INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO INPEC¹², cuya naturaleza jurídica es de un establecimiento público de orden nacional, adscrito al Ministerio de Justicia y del Derecho, con personería jurídica, patrimonio independiente, descentralización administrativa y desconcentración de funciones. Procura una gestión autónoma, eficaz e independiente para el manejo administrativo dirigido hacia la auto-organización de los recursos, lo que debe conducir a desarrollar políticas penitenciarias modernas tendientes a lograr la reinserción social como uno de los fines principales de la pena como de la Institución.

Las cárceles y penitenciarías colombianas han tenido un desarrollo regular, “mientras que las condiciones sociales que generan el delito han aumentado, se han expedido nuevas leyes para combatir el crimen y las dificultades del sistema

¹² Reseña Historica del INPEC, página del INPEC

judicial han crecido, factores que han incidido en el crecimiento sistemático de detenidos en Colombia”¹³

En la actualidad el INPEC cuenta con 144¹⁴ Establecimientos de Reclusión a nivel Nacional, clasificados y distribuidos en diferentes regiones y que son regulados en funcionamiento y operación bajo del Código Penitenciario o ley 65 de 1993 y la reforma de la misma bajo la ley 1709 de 2014. La misión del INPEC no sólo responde a la custodia y vigilancia de la pena privativa de la libertad sino a las acciones que permitan el Tratamiento Penitenciario de los internos. “una política carcelaria lógica y coherente con énfasis en la humanización y la resocialización”¹⁵

¹³ Catalina González. Anexos penitenciarios en Colombia.

¹⁴ Estadística de prisiones. Página del INPEC.

¹⁵ Plan de acción y sistema de oportunidades PASO (Plan de Acción y Sistema de Oportunidades). Metodología de Tratamiento enmarcada en el modelo sistema de Progresivo. Sistema mediante el cual prepara al interno paulatinamente para salir en libertad.

Tabla – 1. Población interna a nivel nacional-reporte SISIPEC dic-2015

Regional	18 a 29 años		30 a 54 años		55 a 64 años		Mas de 60 años		Subtotal	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Central	13.677	1.032	19.820	1.517	1.751	111	669	15	35.917	2.675
Occidente	10.647	693	11.454	1.100	957	96	314	18	23.382	1.907
Norte	5.904	167	7.689	291	571	23	207	8	14.371	489
Oriente	4.598	328	6.115	480	545	29	214	5	11.472	842
Noroeste	6.796	506	7.627	738	647	79	226	12	15.296	1.335
Viejo caldas	5.195	440	6.608	632	723	73	284	19	12.810	1.164
Subtotal	46.817	3.166	59.323	4.758	5.194	411	1.914	77	113.248	8.412
TOTAL	121.660									

Reporte SISIPEC dic-2015.

Solo en la ciudad de Bogotá, los tres centros de reclusión suman catorce mil seiscientos sesenta y ocho personas, lo que representa el 12,05 % del total de la población interna a nivel nacional.

Tabla- 2. Población interna en Bogotá a cargo del INPEC

ESTABLECIMIENTOS DE BOGOTA	Numero de internos
COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO METROPOLITANO DE BOGOTA	7.861
EC BOGOTA	4.947
RM BOGOTA	1.860
TOTAL	14.668

Reporte SISIPEC dic-2015

1.2 Situación de las cárceles.

La comprensión de la situación de la salud en las cárceles, nos lleva en primera instancia a entender lo que significa para los internos ingresar a un establecimiento carcelario. Teniendo en cuenta que las cárceles definen la ideología predominante de cada época y el Estado las hace efectivas.

La cárcel está concebida históricamente como un conjunto de estados recortados cuyo objeto es la sustitución del suplicio corporal y la pena de muerte, el tormento capital; su acción, punitiva, gira en torno de la disciplina, tal como lo describe Foucault¹⁶. Este autor resalta que el éxito del castigo reside en la intimidación y una manera de hacerlo es recortando o limitando el tiempo, los derechos. Hoy todavía la percepción social acerca de las cárceles está basada en el *falso prejuicio de que el ofensor no tiene ni debe tener derechos (Carrión, 2008)* como mecanismo reparador del derecho de la víctima. En otras palabras del mismo autor, *la cárcel y el ofensor son parte de la ecuación que expresa el derecho de la víctima y no del victimario, cuestión que se construye a partir de una agenda pública que se transforma en política pública.*

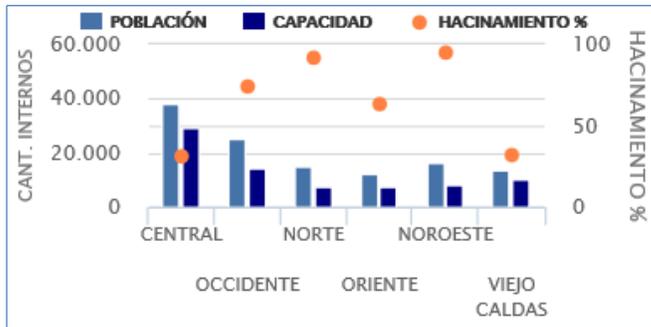
¹⁶ Michel Foucault. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión.

En el 2001 la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH)¹⁷ convocó una Misión Internacional para elaborar un informe técnico-jurídico sobre la situación carcelaria en Colombia, que permitiese identificar los hechos violatorios de derechos humanos y hacer recomendaciones para superarlos y prevenirlos. El contenido del informe además de exponer los principales hechos violatorios al interior de los establecimientos buscó realizar una aproximación que explicara los factores que generaron y generan las situaciones de violación de los derechos humanos en el ámbito carcelario relacionados con la política criminal y penitenciaria como factores causales del incremento de personas privadas de libertad y la reducción de las oportunidades para recuperar la libertad de las mismas.

El informe en general, resume la crisis penitenciaria y carcelaria que viven los internos al interior de los establecimientos motivada en gran parte por una política criminal centrada en la punición y la privación de la libertad. Normativamente el endurecimiento de las condenas para algunos delitos y penalización de conductas ha dado lugar a una “inflación penal”. Las estadísticas del INPEC arrojan tasas de hacinamiento del 55.25%. Aunque el INPEC cuente con una capacidad de 77.953 a diciembre de 2015 la población interna sumaba 121.660.

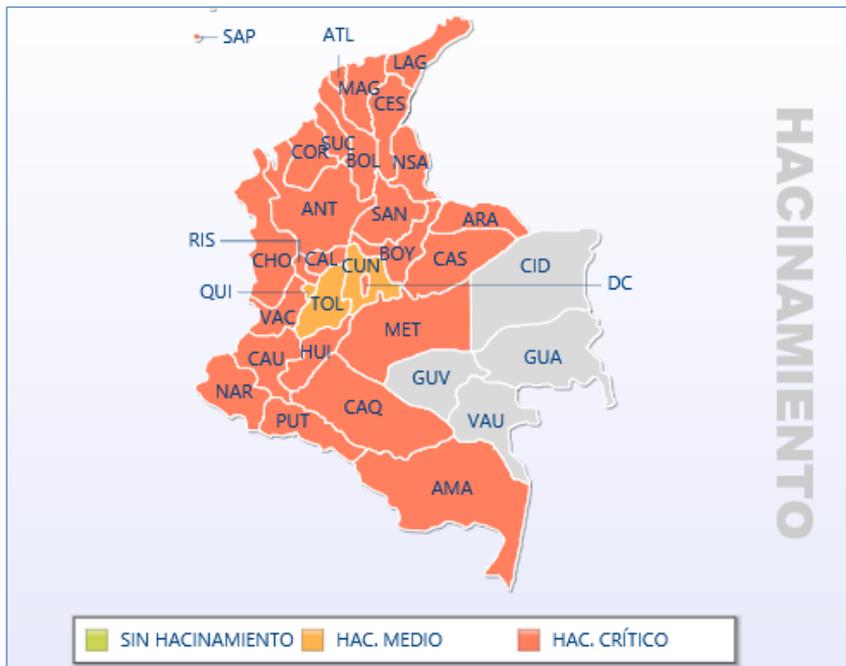
¹⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Centros de reclusión en Colombia: un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos. Misión Internacional Derechos Humanos y Situación Carcelaria. 31 de octubre de 2001

Figura 1-2. Hacinamiento por Regional.



De acuerdo a la figura anterior las regionales con menores porcentajes de hacinamiento son central con 31.1 %, viejo caldas con 31.9% y los mayores porcentajes de hacinamiento lo representan las regionales noroeste con 95%, norte 91 %, occidente 74.2 % y oriente 63.3 %.

Figura 1-3. Hacinamiento en Colombia.



Del total de establecimientos 12 se encuentran sin hacinamiento, 18 en hacinamiento medio y 114 con hacinamiento crítico.

De acuerdo a estudio de caracterización y perfilación criminológica y penitenciaria de la población condenada¹⁸, en los establecimientos de reclusión la PPL proviene de estratos 0, 1 y 2, son de nivel educativo bajo, el 85 % de los hombres y el 80,9 no cuentan con estudios de educación superior.

Es así, que las estadísticas y los informes de vulneración de derechos al interior de los establecimientos, han desarrollado una especie de realidad intramural en donde las dinámicas internas, el manejo de poder de las bandas delictivas, los caciques del patio, el microtráfico, la limitada planta de personal, la corrupción, las desigualdades económicas y sociales, la ley del silencio, el régimen interno y arbitrario en algunos casos, entre otros, constituye una experiencia particularmente intensa en términos del contexto psicológico, comportamental y físico que se puede traducir en manifestaciones somáticas.

En palabras de Piñeros (2014)¹⁹ "... el entramado de estas realidades configura la prisión como un espacio complejo, dónde tienen cavidad demasiadas

¹⁸ Tamara, Silva et al, 2011, Caracterización Y Perfilación Criminológica y Penitenciaria de la Población Condenada y Privada de La Libertad en los Establecimientos de Reclusión del INPEC. 2011.

¹⁹ Piñeros Victor Hugo, 2011. Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional.

interacciones institución-comunidad-sujeto, que en ocasiones dificultan su conocimiento y abordaje adecuado”.

1.3 Salud penitenciaria.

A partir del decreto 1141 de 2009, se reglamentó la afiliación a salud al régimen subsidiado de la población privada de la libertad del país a cargo del INPEC. Se constituyó como un régimen especial y la labor fue asignada a la entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado de naturaleza pública del orden nacional, CAPRECOM. Esta entidad debía garantizar la prestación de servicios de la población, a través de estrategias como la contratación de servicios de baja, mediana y alta complejidad con la red hospitalaria pública y privada en cada una de las zonas de influencia de los establecimientos carcelarios, así como la prestación directa de servicios básicos de primer nivel a la población asegurada a CAPRECOM y a los que requieren atención en el servicio de urgencia del primer nivel que se encuentra asegurados con otra EPS o régimen.

Lo anterior significa que los internos que se encuentren en los establecimientos de reclusión podrían acceder a un plan de beneficios que incluye promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, incluyendo el suministro de medicamentos, en todos los niveles de atención. La prestación del servicio se prestaría intramural, sujeto a las disposiciones del área

de sanidad de cada establecimiento y extramural con la red prestadora de servicios.

Sin embargo, aunque este estipulado normativamente el tema de salud; el instituto ha enfrentado serias dificultades, inicialmente por la desinstitucionalización sanitaria del INPEC como lo plantea Piñeros (2014) en su estudio, al trasladar las funciones que antes eran responsabilidad propia de los establecimientos y con su propio personal a una entidad promotora de salud del régimen subsidiado EPS-S. Y segundo por la pérdida de autonomía en la gestión de suministro y prestación de los servicios e infraestructura a los establecimientos de reclusión. Esta facultad la pierde mediante Decreto 4150 de 2011 con la creación de la USPEC, Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.

Sumado a lo anterior, el aumento de la población carcelaria no se ajusta a las capacidades penitenciarias, como lo manifiesta el estudio de Diuana Vilma²⁰ et al, lo más crítico se da en la limitación de la infraestructura y del talento humano para atender esta población. Así como la cultura intramural que promueve inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias, que favorece la aparición de enfermedades respiratorias, dermatológicas, enfermedades de transmisión sexual, varicela, tuberculosis, entre otras. El micro-tráfico en donde los internos son

²⁰ Diuana Vilma, et al. La salud en las prisiones : representaciones y prácticas de los guardias de la prisión en Río de Janeiro.

clientes cautivos y potenciales drogodependientes situación que complejiza el panorama sanitario interno.

Este es un panorama de morbilidad y mortalidad penitenciaria²¹:

Tabla 3. Morbilidad de la PPL.

PRINCIPALES ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS AL INTERIOR DE LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS. Año 2013			
CIE-10	DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
K29.7	Gastritis no especificada	9297	9,40
J00	Rinofaringitis aguda(Resfriado común)	8040	8,13
R51	Cefalea	7128	7,21
M54.5	Lumbago no especificado	6789	6,86
L30.9	Dermatitis no especificada	6289	6,36
I15.9	Hipertensión Arterial primaria, no especificada	4753	4,80
J22	Infección Respiratoria Aguda(IRA)	4750	4,80
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (Enfermedad Diarreica Aguda)	3907	3,95
N30.9	Cistitis no especificado	3864	3,91
R10.1	Dolor Abdominal localizado en parte superior	3410	3,45
Total de eventos diagnosticados y atendidos en 2013		98.926	100,00

Fuente: Último reporte de Caprecom EPS al INPEC- 2013

Figura 1-4. Mortalidad de la PPL.

²¹ Caracterización de la Situación de Salud y Enfermedad para la Población Privada de Libertad en Colombia a Cargo del INPEC. CAPRECOM 2013.

Principales causas de muerte entre la población privada de libertad		
CAUSA DE MUERTE	FRECUENCIA DE OCURRENCIA	PORCENTAJE (%)
Paro Cardiorespiratorio	19	16.6
Relacionadas con afección cardiovascular	10	8.77
Paro cardiaco por sobredosis	2	1.75
Paro Cardiaco	3	2.63
Infarto agudo de miocardio	2	1.75
Post quirúrgico cardiovascular	2	1.75
Insuficiencia cardiaca congestiva	1	0.87
SIDA-VIH	9	7.89
Ahorcamiento-Suicidio	8	7.01
Cáncer	4	3.50
Tuberculosis	4	3.50
Diagnósticos pendientes por definir	34	29.82
Subtotal	98	
Total de muertes consolidadas	114	100

Fuente: Base de datos mortalidad consolidado Área de Salud Pública proyecto CAPRECOM-INPEC. Diciembre 2013.

Teniendo en cuenta las tablas con la última información suministrada por Caprecom al INPEC, según reporte del área de Salud Pública de la de Dirección de Atención y Tratamiento, se confirma que, “No existen indicadores consolidados para valorar la real cobertura y calidad de la atención sanitaria que se presta a las personas privadas de la libertad” como lo dice el informe de la Defensoría²². Sin embargo, numerosos indicios permiten concluir que el proceso de tercerización implementado por el INPEC para atender las necesidades de salud de la población reclusa, está lejos de superar las fallas que llevaron a la Corte Constitucional a declarar el estado de cosas inconstitucional en materia de salud, asistencia médica y suministro de medicamentos al personal recluso en las

²² Informe Sobre Prestación De Servicios De Salud En Centros Penitenciarios Y Carcelarios De Colombia. Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria. Defensoría del Pueblo. 2005

cárceles del país y que, por lo tanto, persiste el cuadro de violaciones al derecho a la salud de los internos” . Según Informe de la Defensor del Pueblo.

En la actualidad el área de Salud Pública del INPEC consolida la información de los eventos relacionados con la aparición de enfermedades mediante la solicitud a establecimientos de informes de eventos de interés en salud pública. Para el periodo 2015. La información²³ arrojó que el 64.7% de los establecimientos reportaron eventos y el 35.3% se mantienen, según informe del área, en silencio epidemiológico.

Tabla - 4. Morbilidad de la PPL reportada por los establecimientos.

²³ Informe de los eventos de interés en salud pública- EISP en los Establecimientos Durante el Periodo Epidemiológico, 2015. Grupo de Salud Pública, Subdirección de Atención en Salud, Dirección de Atención Y Tratamiento INPEC.

EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA	NÚMERO DE CASOS
VARICELA INDIVIDUAL	937
TUBERCULOSIS	460
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	219
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	142
INTOXICACIONES	109
PAROTIDITIS	79
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	56
MALARIA	34
CHIKUNGUNYA	31
DENGUE	26
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	12
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	10
LEISHMANIASIS CUTANEA	10
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	9
SIFILIS GESTACIONAL	7
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	4
INTOXICACION POR MEDICAMENTOS	4
ACCIDENTE OFIDICO	3
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	3
HEPATITIS A	3
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	3
LEPTOSPIROSIS	3
MALARIA FALCIPARUM	3
BAJO PESO AL NACER	2
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2
LEISHMANIASIS MUCOSA	2
LEPRA	2
MENINGITIS	2
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	2
DENGUE GRAVE	1
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	1
EVENTO SIN ESTABLECER	1
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	1
MALARIA VIVAX	1

Tabla - 5. Morbilidad de la PPL reportada por los establecimientos.

EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	NÚMERO DE CASOS
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	73
TUBERCULOSIS	67
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	65
DENGUE	54
INTOXICACIONES	48
CHIKUNGUNYA	27
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	24
SIFILIS GESTACIONAL	23
MALARIA	18
VARICELA INDIVIDUAL	18
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	14
BAJO PESO AL NACER	12
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	9
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	8
LEISHMANIASIS CUTANEA	8
LEPTOSPIROSIS	5
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	5
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	4
ACCIDENTE OFIDICO	3
DENGUE GRAVE	2
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	2
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	2
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2
PAROTIDITIS	2
CHAGAS	1
HEPATITIS A	1
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	1
MALARIA FALCIPARUM	1
MALARIA VIVAX	1
MENINGITIS	1
MORTALIDAD MATERNA	1
MORTALIDAD POR DENGUE	1
ZIKA	1

Para los internos en detención y prisión domiciliaria en el periodo Epidemiológico de 2015 reportó un total de 504 eventos.

Tabla - 6. EISP notificados como eventos colectivos en ERON
Periodo epidemiológico de 2015.

EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA COLECTIVO	NÚMERO DE CASOS
MORBILIDAD POR IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA)	89442
MORBILIDAD POR EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA)	5736

Fuente. Archivos Planos SIVIGILA 2015

De acuerdo a lo anterior, son evidentes las dificultades en lo relacionado con obtener información epidemiológica de los establecimientos y más aún en identificar la disponibilidad y el acceso de los internos dentro de los establecimientos a las áreas de sanidad.

2. CAPÍTULO 2: ACCESIBILIDAD PENITENCIARIA

El acceso a la atención sanitaria es una de las principales demandas de los pacientes y de la población en general ²⁴ . El acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud. Un sistema sanitario de alto valor ofrece a la población diferentes vías de acceso al sistema sanitario y a los servicios de salud; y ha de ofrecer garantías de respuesta en la atención, sin más criterios que el de la necesidad en salud.

En la actualidad, la asistencia sanitaria en el medio penitenciario se encuentra en un desequilibrio constante entre la oferta y demanda de servicios de salud, así como las barreras de acceso impuestas por los regímenes internos y las medidas de seguridad de cada establecimiento de reclusión priorizan la seguridad de lo sanitario. Un ejemplo de esto es cuando el interno según su condena se ubica en un patio que puede incrementar las dificultades para solicitar, desplazarse y asistir a una cita médica. Cuando el recluso logra su primera consulta o accede al servicio de salud, al profesional de la salud tratante, le es imposible monitorear la salud del recluso debido en parte a la limitada accesibilidad y a la insuficiencia de las capacidades sanitarias que impiden el agendamiento periódico de citas, entre otras dificultades.

²⁴ Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012.

Según el estudio de Piñeros (2014) en el que se exponen problemáticas sanitarias de base de acuerdo a un consolidado de quejas de la comunidad interna en cuanto a las deficiencias de la prestación del servicio de salud; las siguientes son las situaciones que mayor número de quejas genera: falta de suministro de medicamentos, suspensión de tratamientos médicos, falta de tratamiento médico adecuado y requerido, difícil acceso a consulta con especialista (remisiones), falta de atención médica a la población reclusa, entre otras.

Bajo esta óptica, la normatividad acerca del cubrimiento del servicio de salud para la PPL existe, pero las quejas del personal interno evidencian que no se encuentra especificado el acceso intramural de los internos a los servicios de salud. No existen protocolos ni mecanismos establecidos que garanticen el acceso teniendo en cuenta las condiciones particulares de los establecimientos.

En la literatura²⁵, se expone como los internos deben tener el libre acceso a los servicios sanitarios y se priorizan aspectos como contar con médicos calificados para la atención de los internos, los médicos deben proporcionar a las personas detenidas el mismo nivel de calidad de tratamiento que se brinda a las personas que no estén presas o detenidas, instruir a los funcionarios de la institución para tomar seriamente las quejas de los presos, permitirles acceso rápido acceso al

²⁵ Los Derechos Humanos y las Prisiones, Manual de Capacitación en Derechos Humanos para funcionarios de prisiones.

servicio médico y desarrollar una actitud atenta y de preocupación, y no juzgar por si mismos sí un preso necesita un médico, entre otros.

Otro ejemplo es en Argentina²⁶ donde el Ministerio de salud de la Nación y el Ministerio de justicia asumen la salud de la población carcelaria, como materia de políticas públicas y genera entre otros un Protocolo para el acceso a la salud en contextos de encierro. Este prioriza lo siguiente:

- Garantizar que las internas/os accedan al sector de sanidad en el horario que les fue otorgada la consulta. Para ello podrán transcurrir como máximo 30 minutos desde la salida de su celda o pabellón.
- Garantizar el traslado a tiempo de la interna/o para que acceda al hospital extramuros y al turno solicitado, se responsabiliza de este trámite directamente al médico tratante.
- Dejar asentado en la historia clínica el incumplimiento de un traslado, sea por cuestiones de seguridad, por negativa de la interna/o u otros motivos. Y será responsabilidad del área de salud.

²⁶ Protocolo para el acceso a la salud en contextos de encierro . “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015”

- Que todos los días un médico, enfermero, psicólogo o trabajador social, recorra los pabellones recabando información sobre las audiencias al área de salud de las internas/os, la alimentación y los espacios edilicios, a los fines de constatar las condiciones de higiene y salubridad (sectores de descanso, baños y espacios comunes).
- Deberá evaluarse, en los casos de disposiciones de traslado de internos/as, si el mismo y/o el alojamiento en la unidad de destino no obstaculizan la continuidad del tratamiento
- Informar al área seguridad con un mínimo de 12 horas de anticipación la nómina de pacientes que cuenten con turnos en hospitales extramuros.
- Garantizar que se coloquen en los espacios de circulación (trabajo, educación, cultura, recreación, pabellón, celda, etc.) todos los insumos de prevención e información que desde el Ministerio de Salud de la Nación (o su contraparte provincial) se distribuyan a tal efecto: folletería, pósters, trípticos, manuales, normativas, stickers, preservativos, etc

De acuerdo con lo anterior, es posible establecer estrategias al interior de los establecimientos que se ajusten a la realidad penitenciaria para lo cual debería

ser posible inicialmente conocer los factores que obstaculizaban el acceso y generar propuestas desde las perspectivas y experiencias de los internos.

3. CAPÍTULO 3: CIENCIAS CONTEMPORÁNEAS

Las ciencias contemporáneas surgen a partir del conflicto filosófico y ético que plantea la actual concepción de la ciencia y su uso. Los nuevos paradigmas de la ciencia han abierto el camino a lo que hoy conocemos como ciencias de la complejidad, que implica una nueva manera de pensarnos a nosotros mismos. Para Denise Najmanovich²⁷, un pensamiento complejo surge de una mutación contemporánea de la simplicidad a la complejidad y no implica meramente un cambio de paradigmas, sino que se trata de una transformación global de nuestra forma de experimentar el mundo, de co-construirlo en las interacciones, de producir y validar el conocimiento.

Desde las perspectivas más contemporáneas, la teoría de redes rescata los problemas que emergen al interactuar el sujeto con el mundo. Los problemas desde una determinada concepción cobran valores distintos desde diversos puntos de vista. Según Denise Najmanovich, todo el universo físico hoy es visto como una inmensa “red de interacciones” donde nada puede definirse de manera absoluta independiente. Hemos pasado de una concepción estática a una descripción dinámica que nos habla de una red o patrón de interacciones.

Para el caso de este estudio las ciencias contemporáneas permitirán la interpretación de los fenómenos sociales vistos al interior del patio como procesos

²⁷ El lenguaje de los vínculos.

de grupo generadores de interacciones comunicativas. Aquí, la evolución de la interacción comunicativa no es lineal, estática o sin matices, como lo refiere Peñuela et al²⁸. Por el contrario, la evolución de estos procesos posibilita la emergencia de redes, a los que nos aproximamos para identificar e interpretar.

En un estudio cualitativo donde se analiza la situación carcelaria en Colombia²⁹, se menciona una exploración de las dinámicas internas de control de los establecimientos y los mecanismos de poder al interior de los centros de reclusión. Ellos concluyen que “la dinámica misma de la cárcel, su funcionamiento, produce conflictos profundos que son resultado de las interacciones encontradas”. Lo que es cierto, es que las dinámicas de las cárceles colombianas expresan de algún modo la cultura organizacional que utiliza la Institución Penitenciaria obligada por la desatención estatal. El INPEC entra en un círculo de desapegos e incapacidades, donde el recluso y su proceso de internamiento es invisibilizado.

Los discursos sobre la complejidad pueden ser llevados a la experiencia y que nos ayude a entender la realidad penitenciaria; significa llevar a cabo una comparación dialéctica entre esta experiencia y los discursos que podemos construir sobre ella. Ahora bien, poder formalizarlos es aplicar todo conocimiento

²⁸ Comunicación compleja: "Perturbaciones y fluctuaciones en la interacción comunicativa".

²⁹ Análisis de la situación carcelaria en Colombia: un enfoque cualitativo. Estudios ocasionales. Siete estudios de caso. CIJUS

obtenido por estos medios a la dimensión de la cual emergen, Para Ciruana³⁰

"Asumir una incertidumbre ineliminable es uno de los grandes retos del pensamiento complejo, porque obliga a desarrollar estrategias cognitivas cada vez más críticas y autocríticas, a inventar caminos (métodos) nuevos en el proceso de creación de sentidos nuevos, que como individuos debemos aportar a la sociedad sino queremos caer en, o seguir estando, en lo rutinario, predeterminado y programado. Es el espacio de lo programado donde el individuo queda anulado por la sociedad como entidad que cae sobre él como una losa y, le gobierna en todos los sentidos".

Para explicar las interacciones en el estudio hay que ser conscientes que la interacción y la comunicación en red se resignifican la una a la otra por medio de la acción y reflexión de los sujetos en esa misma red. Lo que quiere decir que la construcción de "una red no hay ningún plan preconcebido, o una lógica que lo preceda, sino que son los actores, al relacionarse, quienes la van configurando" Mires (1999)³¹. En términos de Sole (2008)³², el significado de ciertas cosas son producto del conjunto de interacciones las cuales forman un mapa y este es el que le da sentido al mundo. Von Foerster³³ ³⁴ los llama "sistemas auto-organizadores" que existen en permanente intercambio con su entorno del que se nutren para organizarse,

³⁰ CIURANA, Emilio Roger. Individuo complejo. En: Redes Sociales y Complejidad. N° 2. Universidad del Salvador. 1998. pág 33-36. Memorias de investigación Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo. Buenos Aires, Argentina.

³¹ Fernando Mires, 1999. Redes de la sociedad.

³² Ricard Solé. Redes Complejas: del genoma a internet. 2008

³³ Heinz von Foerster. Las semillas de la cibernética.

³⁴ Dabas Elina y Perone Nestor. Redes en Salud. 1999.

Para explicar un sistema complejo Najmanovich, lo asemeja a “la metáfora del sistema viviente”, el cual incluye una gran variedad de supuestos e hipótesis fundamentales, entre las que se destacan:

a) Las partes de un todo complemento y sus propiedades solo adquieren sentido en la interacción y por la relación con la organización total: hipótesis de identidad dinámica.

b) La totalidad no puede explicarse por sus componentes. El sistema presenta interacciones facilitadores, inhibidores y transformaciones internas que llevan a afirmar: las hipótesis de totalidad compleja no especificable.

c) El sistema complejo es un sistema abierto en altísima interacción con su medio; su identidad dinámica solo se conserva a través de múltiples ligaduras con el medio, del que se nutre y al que modifica. Las ligaduras con el medio son la condicione de posibilidad para la libertad del sistema: hipótesis de autonomía relativa.

d) El contexto no es un ámbito separado e inerte, sino el lugar de los intercambios; a partir de allí el universo entero puede ser considerado una inmensa “red de interacciones” donde nada puede definirse de manera absolutamente independiente: hipótesis el universo como entramado relacional.

e) En todas aquellas situaciones en que se produzcan interacciones, ya sean positivas (sinérgicas) o negativas (inhibidoras) o cuando intentamos pensar el cambio cualitativo no tiene sentido preguntarse por la causa de un acontecimiento ya que no hay independencia ni posibilidad de sumar efectos sino transformación.

3.1 Teoría De Redes.

Las redes complejas han adquirido gran interés ya que dichas redes abundan en la naturaleza son parte de nuestra vida diaria y pueden presentar diferentes niveles de organización. Aldana(2006)³⁵ refiere que se encuentran redes por todos lados a nivel microscópico como las biológicas redes neuronales, las de un nivel de organización mucho mayor como las redes de comunicación e informáticas, las redes sociales como propagación de enfermedades entre otras. Lo importante acá es que todas tan diferentes en naturaleza y tamaño comparten propiedades estructurales similares, hecho que ha permitido formular modelos matemáticos para entenderlas.

Las redes complejas se definen como el conjunto de muchos nodos conectados que interactúan de alguna forma. Para las ciencias sociales una red social sustituye los nodos por los actores sociales y verifica la posición, centralidad e importancia de cada actor dentro de la red. Así como el vínculo o conexión entre cada nodo.

Para Aldana (2006), el estudio general de las redes complejas puede dividirse en dos campos diferentes y complementarios: Estructura y Dinámica. La estructura se interesa por definir la topología de la red. Y la Dinámica por definir en las redes

³⁵ Maximino Aldana, Redes Complejas. Noviembre de 2006.

complejas las interacciones físicas, químicas, informáticas, o sociales entre otras que puedan existir.

Para entender la topología y la dinámica de las redes se deben observar el número de nodos y conexiones existentes. Las redes con topología de Poisson son importante porque fueron de las primeras en ser analizadas, Estas tienen simetría entre las conexiones de sus nodos, lo cual está lejos de una representación realista de las redes reales observadas en la naturaleza. Por el contrario las redes libres de escalas se representan por su alta heterogeneidad ya que existen nodos con muy pocas conexiones, nodos medianamente conectados y nodos extremadamente conectados.

Para el caso de este estudio la teoría de redes complejas nos embarca en apostarle a descubrir en los entornos penitenciarios construcciones individuales y colectivas que emergen de las interacciones complejas que allí se desarrollan. Para Acosta (2010)³⁶, el medio carcelario tiende a mantener ciertos valores orientados a controlar las tensiones, busca una permanente adaptación e integración, sin la cual no es posible sobrevivir a los conflictos internos. El descubrimiento de las redes que emergen de las interacciones al interior de los muros de la prisión permitirá aproximarnos y hacer visible una parte de esa realidad penitenciaria.

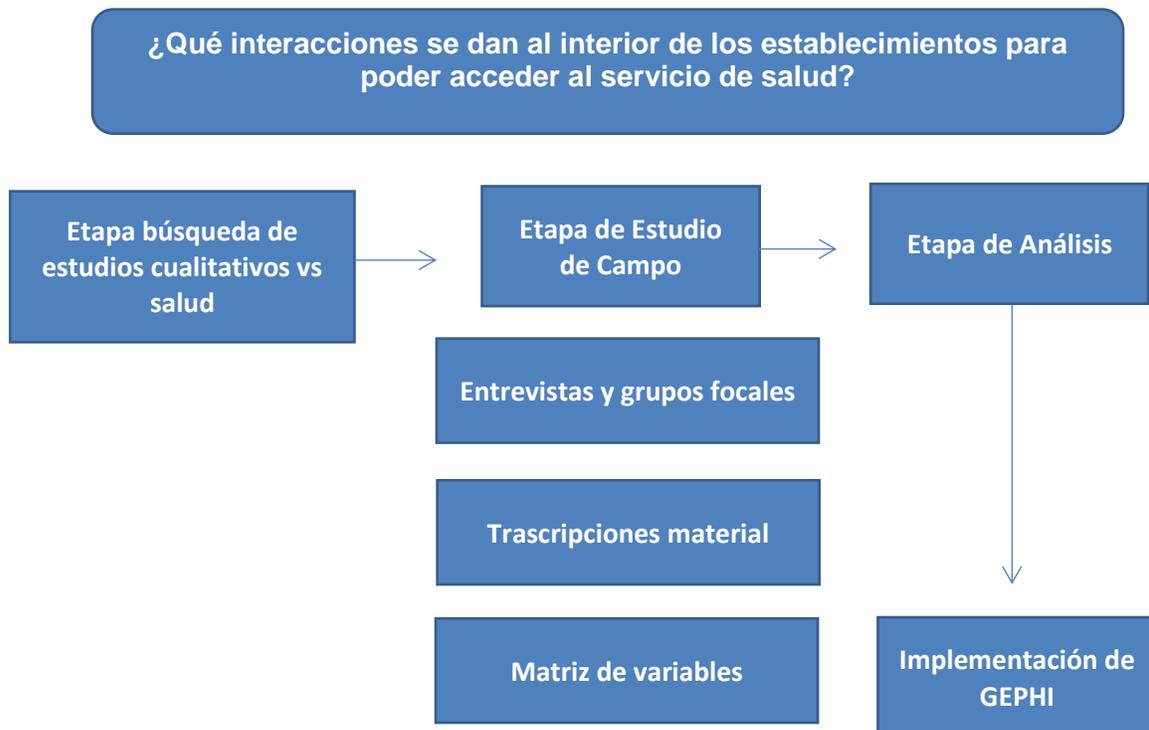
³⁶ Acosta Muñoz Daniel, Sociología en el Penitenciarismo, prácticas de Integración social. 2010.

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Diseño Del Estudio.

Se elige la alternativa de investigación cualitativa porque se trata de abordar un sector de la realidad humana a través del contacto directo, incluyéndome como parte del entorno penitenciario. Bonilla y Rodríguez (1942)³⁷ reconocen que la realidad puede ser objetiva y subjetiva por lo tanto los métodos de conocimiento deben ser suficientemente sensibles para captarla de manera total y no arbitrariamente entre lo cuantificable y lo no cuantificable.

4.2 Etapas del estudio.



³⁷ Bonilla y Rodríguez,. Más allá del dilema de los métodos.



4.3 Identificación de variables.

Las variables de este estudio surgieron a partir de los discursos de los internos. En estos se evidenciaron los temores y experiencias al enfrentarse a situaciones sanitarias que podían y ponen aun en riesgo la vida propia y la de sus compañeros. Estas variables son constantes en los reportes de quejas, reclamos, derechos de petición y tutelas. Estas son:



4.3.1. Urgencia Médica.

Una urgencia médica³⁸, es considerada como la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función vital causada por un trauma o enfermedad de cualquier género, que demanda de atención médica inmediata y efectiva.

La normatividad empezando por la constitución Política en su artículo 49 prescribe que la atención de la salud serán servicios públicos a cargo del Estado. Se garantizara a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Como Estado Social de Derecho se debe dar mayor protección a aquellas personas que por diversas razones se encuentran en situación de debilidad, de desigualdad o indefensión, incluidas las personas privadas de la libertad.

4.3.2 Cita Médica.

La consulta o cita médica³⁹ es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado, mientras el doctor realiza valoración, brinda su parecer y recomienda los pasos a seguir. Las consultas médicas deben quedar registradas en un documento que tiene valor informativo, científico y legal. Dicho documento, que forma parte de la historia clínica del paciente, deja constancia de la actuación del médico.

La valoración comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento en cualquier fase de la

³⁸ Ernesto Acosta, define urgencia médica en el artículo “Cárcel, multa y clausuras por incumplir Ley de Urgencias Médicas”.

³⁹ Definición consultada. <http://definicion.de/consulta/>

atención: promoción, prevención, curación, rehabilitación y/o paliación. La consulta puede ser programada o de urgencia y general o especializada.

4.3.3 Tratamientos Médicos⁴⁰.

Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas. Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo.

Existen diversos tipos de tratamientos a la hora de paliar una enfermedad, entre ellos podemos destacar los siguientes: el médico, que será aquel que emplea fundamentalmente fármacos; el quirúrgico, que es el que emplea los medios de la cirugía para extraer el mal; el específico, que será aquel orientado a atacar la causa que provoca la enfermedad; el paliativo, aquel que intentará al máximo posible ofrecerle al enfermo el máximo bienestar posible ya que no existe una concreta cura contra la enfermedad que padece; terapia ocupacional; la apiterapia, que se trata de un tratamiento que emplea abejas; fisioterapia; rehabilitación; psicoterapia; radioterapia, entre otros.

⁴⁰ Definición consultada <http://definicion.de/tratamiento/#ixzz3ssHRYaJD>

El Artículo 106, menciona que la asistencia médica de internos con especiales afecciones de salud. Las personas privadas de la libertad portadoras de VIH, con enfermedades infecto contagiosas o con enfermedades en fase terminal serán especialmente protegidas por la Dirección del establecimiento penitenciario en el que se encuentren, con el objetivo de evitar su discriminación. El INPEC podrá establecer pabellones especiales con la única finalidad de proteger la salud de esta población.

4.3.4 Medicamentos.

Producto farmacéutico o medicamento es cualquier sustancia, natural o sintética, o mezcla de ellas, que se destine al ser humano con fines de curación, atenuación, tratamiento, prevención o diagnóstico de las enfermedades o sus síntomas, para modificar sistemas fisiológicos o el estado mental en beneficio de la persona a quien le es administrado. Se consideran productos farmacéuticos las materias primas activas, los preparados farmacéuticos, las especialidades farmacéuticas y los medicamentos herbarios tradicionales.

Soporte legal: Ley 9ª de 1979, Decreto 1950 del 31 de julio de 1964, Decreto 2092 de 1986, Resolución 6980 de 1991 del Ministerio de Salud, Normas técnicas de calidad (guía de análisis), Instituto Nacional de Análisis, julio de 1994, Decreto 677 del 26 de abril de 1995, Decreto 219 del 30 de enero 1998, Decretos 677 de 1995 y 337 del 17 de febrero de 1998, por los cuales se dictan disposiciones

sobre recursos naturales utilizados en preparaciones farmacéuticas y se amplía el plazo establecido en el artículo 1º del decreto 341 de 1977.

- *Medicamentos de control especial*

Son sustancias farmacológicamente activas que pueden ocasionar dependencia física o síquica o ser objeto de abuso o implicar peligro en su uso.

- *Cosméticos*

Toda sustancia o formulación de aplicación local a ser usada en las diversas partes superficiales del cuerpo humano con el fin de limpiarlos, perfumarlos, modificar su aspecto y protegerlos o mantenerlos en buen estado y prevenir o corregir los olores corporales.

- *Producto de aseo y limpieza*

Es la formulación cuya función principal es aromatizar el ambiente, remover la suciedad y propender al cuidado de utensilios, objetos, ropas o áreas que posteriormente estarán en contacto con el ser humano.

- *Producto de higiene*

Es la formulación que posee acción desinfectante demostrable y puede o no reunir las condiciones de los productos de aseo y limpieza.

4.3.5 Remisión.

Remisión de los pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las Empresas Sociales del Estado y en general por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a otras semejantes de acuerdo con el grado o nivel de

complejidad que se requiere para dar atención objeto, a través de las redes de atención de redes adscritas o no al ente territorial, con la intervención de múltiples actores y acorde con los lineamientos constitucionales, éticos y normativos.

Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional e institución con la consiguiente transferencia de responsabilidad médico legal o profesional sobre el cuidado del mismo, de acuerdo con el nivel de resolución para respuesta a la necesidad de salud.

Para en caso de las personas PPL los traslados de estas personas se realizaran dentro de una actuación procesal sea citada ante autoridad competente, o que por su estado de salud deba ser llevada a un hospital o clínica, será remitida por el personal del cuerpo de custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, garantizando sus derechos a la vida e integridad personal y o la dignidad humana previa solicitud de la autoridad competente.

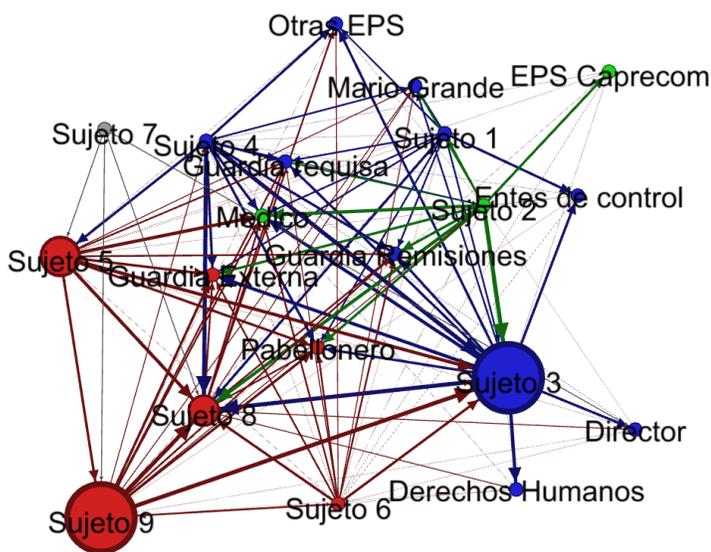
4.4 Población.

El grupo de internos entrevistados fue contactado inicialmente por uno de los líderes del patio, quienes accedieron voluntariamente a relatar sus experiencias sanitarias al interior del patio. Se diligencio con cada uno de ellos el consentimiento informado. Se grabaron la mayoría de los relatos. El resto fue registrado a partir de anotaciones de campo.

Características de la Red Patio 3 Cárcel La Modelo

Teniendo en cuenta la matriz de interacciones y las variables del estudio se ubica la información en la herramienta para interpretación de redes GEPHI, la cual arrojó la siguiente red:

Gráfica 01. Red de interacciones al interior del patio 3 Cárcel la Modelo.



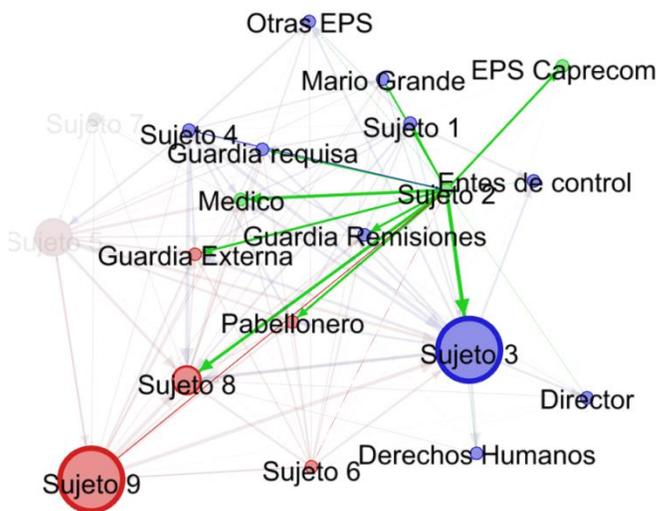
Fuente. Diseño en Programa GEPHI.

Este sistema posee elementos que intercambian información entre sí a través de algún medio. La mayoría de los elementos posee una sola conexión y un pequeño número de ellos (Sujeto N°2, Sujeto N°9, Sujeto N° 8) está conectado a un gran número de nodos.

Las relaciones entre individuos son una representación que esquematiza las diferencias y las características subyacentes de los propios individuos: como es el caso del sujeto N° 2 quien a pesar de no ser un nodo ha logrado vínculos en la

parte interna (con los mandos medios) que le han favorecido el acceso al servicio, como se observa en la gráfica 01.

Gráfica 02. Conexiones Sujeto N°2 Patio 3 Cárcel la Modelo.



Fuente. Diseño en Programa GEPHI.

En la red hay un pequeño subconjunto de actores influyentes, agentes de información y recursos decisivos que, juntos forman el centro funcional del que dependen todos los demás. Para este caso los sujetos: N°3, N°8 y N°9.

Los elementos de esta red eligen una y otra vez no solo de qué modo responden a los acontecimientos, tal como los perciben, sino también, aquellos con quienes se asocian para poder acceder a los servicios.

Para el caso de los internos la red los afecta y ellos afectan a la red.

Esta red tiene también subgrupos de redes como la red de los internos con VIH que por pertenecer a esta red se les brinda cierta preferencia en relación con el acceso.

4.4.1 Descripción de Sujetos Entrevistados.

Sujeto N° 1

Interno condenado a 48 meses de prisión por el delito de tentativa de extorsión agravada y consumada. Fue funcionario público por 24 años. Con nivel de educación superior y actualmente se encuentra estudiando a distancia desde el establecimiento una especialización.

Quien fue operado durante su permanencia de la columna, pero por orden de traslado fue remitido a la celda primaria en donde fue agredido por otros internos. De esta agresión se le complica su estado de salud y mediante acción de tutela está solicitando le evalúen de nuevo para una nueva cirugía. Actualmente mantiene con cuello ortopédico permanentemente. Lleva 17 meses en el patio.

Sujeto N° 2

Interno condenado, con nivel educativo medio. Solicitó atención médica el 26 de marzo de 2014 y lo dejaron esperando 4 días para remisión. Esta remisión salió hasta el 30 de marzo por urgencias a la clínica. La falta de atención le generó una hernia diafragmática, le da una bacteria y lo operan. Le realizan cirugía de colostomía derecha.

Actualmente lleva más de 20 meses de tratamiento y lo sacan cada 8 días para curación. Tiene buenas relaciones con la guardia y compañeros. El manifiesta que siempre ha recibido ayuda de todos.

Sujeto N° 3

El pluma. Es el interno representante del comité de Derechos Humanos del patio. Es profesional y organiza con otros internos un comité interno para tratar asuntos del patio. Media la convivencia y es el intermediario entre los internos del patio la administración, guardia y directivas.

El interno que pertenece a este comité es seleccionado por votación según acuerdo 011 de 1995 Por el cual se expide el Reglamento General al cual se sujetarán los reglamentos internos de los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios. En cada centro de reclusión podrán conformarse comités de internos con el fin de que participen en algunas actividades de desarrollo y servicios del establecimiento penitenciario y carcelario. Velarán por el desarrollo normal de la actividad a ellos asignada. Los internos, a través de los comités elevarán propuestas o sugerencias a los funcionarios encargados de las actividades respectivas.

Sujeto N° 4

La sombra del Pluma. Este interno es de los más antiguos en el patio. Es profesional y siempre esta con el pluma. Manifiesta que respeta la jerarquía así sea antiguo. Tiene su familia fuera de Colombia Dice que en patio hay internos con recursos incluido el que pueden ayudar para hacer del patio algo más agradable.

Sujeto N° 5

Interno perteneciente a población autoreconocida como LGBTI⁴¹. Con 61 años lleva ya más de 9 años en establecimientos del INPEC. No le gusta trabajar para descontar pena. Sin embargo trabaja arreglando ropa y los otros internos le pagan con pines para sus gastos. Le diagnosticaron VIH cuando se encontraba ya en prisión. Manifiesta que le han dado todo el tratamiento y la medicina que necesita. Actualmente presenta problemas de visión.

Los demás internos manifiestan acerca de este interno que es muy entretenido pero que es capaz de doblegar a la guardia cuando se disgusta. Interno con nivel educativo bajo según declaraciones del mismo.

Sujeto N° 6

Interno perteneciente a población autoreconocida como LGBTI. Llega al establecimiento con el diagnóstico de VIH y recibía tratamiento. Presenta dificultades para continuar con el tratamiento. Siente que ha sido discriminado por su condición homosexual por parte de los médicos. Y que no existen programas específicos para ellos.

Sujeto N° 7

⁴¹ Mediante Directiva permanente 0010 del 2011 para los sectores LGBTI el INPEC, establece estrategias de Tratamiento con enfoque diferencial. Y se reitera el respeto a las personas LGTI a nivel nacional, como parte de las políticas de equidad.

Interno perteneciente a población autoreconocida como LGBTI. Con nivel de educación superior. Extranjero. De nivel socioeconómico alto. El tratamiento que llevaba en su país consistía en tratamiento homeopático que finalmente suspendió por los problemas de ingreso de estos al establecimiento.

Este interno escribió con otros el libro “No seas Mula” en donde se relatan las historias por las que pasan las personas que se prestan para traficar estupefacientes. Siente que su estadía en el establecimiento ha deteriorado su salud, ya que en su país por pertenecer a un nivel alto podía acceder a entornos que le ayudaban a garantizar mejores condiciones de salud.

Sujeto N° 8

Interno condenado que fue seleccionado por un grupo interdisciplinarios del INPEC para trabajar como promotor. Para su selección debió evidenciar el manejo en el tema de salud. El interno estudio varios semestres de medicina antes de ingresar a la prisión. De nivel económico alto.

Los internos que pertenecen a los promotores de salud deben ser certificados como promotores de salud o agentes comunitarios, después de haber sido capacitados por los profesionales de salud del INPEC con certificados como formadores de agentes comunitarios en salud.

Esta actividad tiene como objetivo promover y fortalecer el liderazgo y el trabajo comunitario en la atención primaria para promocionar la salud y prevenir la enfermedad así como conductas que atenten contra la vida y la integridad física, realizando un acompañamiento bio-psicosocial de primer nivel y cuya función es la de ser gestores y multiplicadores que sirvan de apoyo para mejorar la salud de la población penitenciaria.

Los promotores son el contacto de los internos del patio con el área de sanidad, pueden salir del patio en cualquier momento y dirigirse a sanidad. Trabaja de la mano con esta área. No pueden, realizar intervenciones en eventos de salud de niveles superiores de complejidad. Estará bajo la supervisión y seguimiento permanente del área de salud.

Sujeto N° 9

Este interno es instructor tiene a su cargo varios grupo de educación, apoya las labores del área educativa en su patio con la secretaria de educación. Implementa el programa Misión compromiso un programa de valores que se exige a los internos cuando solicitan ser promovidos de fase de tratamiento.

Este interno es profesional y es bilingüe, así que le dicta también clase a los extranjeros. Para lograr este trabajo debió ser seleccionado por el cuerpo interdisciplinario de funcionarios del INPEC. Se encuentra bajo la supervisión del funcionario encargado del Área Educativa.

Manifiesta trabajar de la mano con los promotores, el interno responsable del comité de Derechos Humanos en pro de la buena convivencia del patio.

4.5 Lugar.

4.5.1 Establecimiento Carcelario de La Modelo.



Fuente: Notinpec,
Boletín informativo de IINPEC.



Edificada en el sector de Puente Aranda su construcción se inició en el año de 1957 y fue terminada en 1959. Se edificó con el propósito de suplir la deficiencia que ofrecía el panóptico de Cundinamarca, para albergar los llamados presos políticos y aumentar los cupos para futuros reclusos. La estructura tenía capacidad para 720 internos y se inauguró en 1960.

Por ser una estructura antigua (establecimiento de primera generación), en la actualidad presenta un colapso estructural, hidrosanitario y eléctrico, debido a la sobrepoblación existente y las inadecuadas instalaciones que no permiten albergar a la cantidad de internos con los que cuenta, impidiendo que se cumplan las condiciones mínimas que hace referencia el Código Nacional Penitenciario y Carcelario.

Lo índices de hacinamiento de la Cárcel Modelo corresponden al 60 %. A pesar de que el establecimiento cuenta con una capacidad de 2.907 cupos para internos, en la actualidad se encuentran albergados 4.957 internos. (Fuente: SISÍPEC – noviembre 2015).

La cárcel cuenta con una estructura de 5 pabellones cada uno con 4 plantas. Las plantas albergan 16 pasillos, en cada pasillo hay 30 celdas. A demás de los



pabellones, la cárcel modelo cuenta con el área de máxima seguridad que está conformada por

Fuente: Biblioteca Virtual, biblioteca Nacional de Colombia.

tres pasillos con capacidad cada uno

para 10 internos.

Existe un área de sanidad, un área para la tercera edad, el área del rancho y el anexo psiquiátrico. Se encuentra la zona de Alta Seguridad con 4 plantas.

Al sur de la cárcel se encuentran los patios 4 y 5 que son los patios donde están recluidas las personas más pobres de la cárcel; por otro se encuentra el patio 3 en donde se encuentran los internos que gozan de cierto nivel económico “la grasa”, funcionarios públicos y extranjeros. En este costado de la cárcel se encuentra el pabellón de la tercera edad y el patio 6 el patio de seguridad. Hay un pasillo externo que comunica estos patios a la puerta blindada donde se abre y se encuentra la guardia externa como paso obligado al área de Sanidad. El lado sur de la cárcel se caracteriza por la coexistencia de espacios encontrados y opuestos como lo manifiesta un estudio cualitativo de la situación carcelaria en Colombia (Ana Maria Pelaez Merino, 2000).⁴²

En el año 2013 respondiendo a una acción de tutela, el INPEC establece mesas de trabajo para mitigar la problemática existente en relación con el hacinamiento entre otras y convoca a entes del estado, equipos interdisciplinarios de diferentes dependencias del INPEC y a internos del comité de Derechos Humanos. Los resultados de estas mesas se convirtieron en acciones como clasificación y actualización de la población condenada, brigadas jurídicas, brigadas de

⁴² Ana María Peláez Merino, Análisis de la situación carcelaria en Colombia.

asignación de trabajo estudio y enseñanza e implementación de sistemas sustitutivos de prisión en domiciliaria con control y vigilancia electrónica entre otras.

El código penitenciario y carcelario, y el código penal, conforman la estructura política del proceso de prisionalización de la cárcel Modelo de Bogotá (Acosta, 2009) y determina las condiciones de la privación de la libertad para los internos dentro del establecimiento, en relación con el espacio de privación, seguridad y tratamiento.

4.5.2 Caracterización de Internos del Patio 3.

El patio 3 cuenta con 296 internos, dos promotores de salud y un representante de Derechos Humanos e instructores. En este patio se encuentra una biblioteca, zonas de estudio, canchas para realizar deporte, oficina de educación y áreas productivas. Los internos de este patio se encuentran sindicados y condenados por delitos de cuello blanco y tráfico de estupefacientes (mulas). Así mismo, se asigna este patio a personas que en el ejercicio de sus funciones termine investigado por algún delito. En el estudio "Caracterización y Perfilación Criminológica y Penitenciaria de la Población Condenada y Privada de la Libertad en los Establecimientos de Reclusión del INPEC, Tamara y Silva (2011), los delincuentes de cuello blanco son descritos como personas que utilizan la mentira, el engaño, la suplantación de otras identidades o la manipulación para obtener beneficios. Generalmente, el mentiroso se ve en la necesidad de realizar algunos actos para mantener la coherencia de la mentira. Realizar una disonancia cognitiva que lo lleva a tomar la decisión de mentir o engañar y le permite justificar su actuación. La negación es otro acto importante, donde el delincuente intenta negarlo todo para no llegar a ser descubierto. Minimiza o se distancia de su

actuar, quitándole importancia o gravedad a lo que hace. También se autoengaña para establecer en su vida y en su mundo, que los demás son los que están errados y él está actuando adecuadamente. Ataca a los demás, sintiéndose víctima de estos, como en el caso de la policía o los testigos envidiosos. Para Romero (2006)⁴³, los delincuentes estafadores, mentirosos y engañadores, terminan viviendo en una mentira global de la cual no pueden salir, son víctimas de su propia falsedad.

Los delincuentes de cuello blanco, generalmente son prestigiosos, con dinero, de familias pudientes, que conocen las leyes a la perfección y la forma para evadirlas también. Su principal objetivo es conseguir el poder político y económico por medio de la destrucción de otras personas, instituciones y empresas. Los porcentajes en empresas de más de mil empleados, que han sido víctimas de algún delincuente de cuello blanco, pasa del 50 % de los casos Romero(2006). Los delincuentes de cuello blanco no tienen en cuenta el daño que causan a las familias y a los propios trabajadores, de forma directa o indirecta. Para el delincuente de cuello blanco el poder se convierte en un círculo vicioso, que consistirá en aumentarlo indefinidamente. Dice Romero (2006), que este tipo de delincuentes, suele pasar con facilidad del éxito al fracaso, con poca capacidad de autocrítica, con alta disonancia cognitiva y con preponderancia al paranoidismo, al creer que también está siendo engañado permanentemente por los demás. Llega a creer que las demás personas son como él.

Para los internos que se encuentran por tráfico de estupefacientes, se observa que la legislación no distingue entre niveles de involucramiento en el negocio, tratando igual a pequeños vendedores, mulas, y grandes narcotraficantes. El

⁴³ Romero, J. (2006). Nuestros Presos: Cómo son, qué delitos cometen y qué tratamientos se les aplica. Editorial EOS. Madrid, España.

número de extranjeros en prisión acusados de ‘mulas’, que transportan pequeñas cantidades de drogas de un país a otro, también ha aumentado considerablemente. En Colombia cabe destacar la gran cantidad de personas de origen español, y en segundo lugar personas originarias de los países pertenecientes del centro y sur del continente.

Estos internos por este delito manifiestan en su gran mayoría ser víctimas de los enganchadores los cuales “se aprovechan de su miseria, de la necesidad y la mala suerte de personas, que al final terminan siendo privadas de la libertad, llevándoles a agravar más su situación personal y a la dura realidad de encontrarse en una cárcel en el extranjero” (No seas Mula)⁴⁴.

4.6 Temporalidad.

Desde lo temporal los datos seleccionados para este estudio corresponden a entrevistas y grupos focales realizados durante el mes de octubre del 2015.

4.7 Estrategia e instrumentos de recolección.

4.7.1 Estrategia.

Se solicita través de la Dirección de Atención y Tratamiento Subdirección de Atención Psicosocial del INPEC el ingreso al establecimiento de la Modelo, según los procedimientos y la normatividad requerida por el Instituto para realizar estudios de investigación.

⁴⁴ Libro “No seas Mula” 2014. Uno de los autores de este libro participó en la investigación relatando sus situaciones sanitarias al interior del patio.

Se selecciona el patio 3 como el lugar para realizar las entrevistas y grupos focales. Se contactó a un funcionario administrativo y que trabajara en la parte interna para que nos indicara el interno que nos permitiría desarrollar esta actividad. La idea era realizar entrevistas y grupos focales en donde los internos pudieran manifestar opiniones sin la presencia de la guardia. Se ingresó un grabadora y se realizó el respectivo consentimiento informado con cada uno de los internos que participantes.

4.7.2 Instrumentos de Recolección

A partir de las grabaciones recolectadas se realizaron transcripciones. Las transcripciones son el insumo para que el software GEPHI utilizado como instrumento en esta investigación permita visualizar las redes que se desarrollan en el ámbito estudiado. Se trata de una herramienta muy completa que permite ser utilizada tanto por los profesionales como por usuarios amateur.

4.7.2.1 GEPHI.

Es una herramienta open-source desarrollada en Java para visualizar y analizar grandes gráficos de red. Usa un motor de renderizado 3D para mostrar gráficos en tiempo real y permite explorar, analizar, filtrar, manipular, identificar patrones y exportar diversos tipos de gráficos.

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para Aldana en una red, los nodos además de estar conectados también interactúan, y las interacciones pueden dar lugar a fenómenos dinámicos muy interesantes. Se presenta a continuación el análisis de la estructura y las dinámicas de la red que permitirán cumplir uno de los objetivos de este estudio para definir la red de las interacciones de los internos del patio 3 a la hora de acceder a los servicios de salud.

5.1 Variable Emergencia.

Se indago sobre cómo acceder si se requiere al servicio de emergencia. Cuál es la realidad cuando se presentan estas situaciones y cuáles son las estrategias o interacciones que se suscitan para lograr si es el caso, recibir la atención necesaria por parte del área de sanidad para preservar la salud y en algunos casos hasta la vida.

Los sujetos ante esta variable manifestaron lo siguiente:

Sujeto 1

“Si uno no lleva un cuchillo en el tórax o en la cabeza o en cualquier parte no es un paciente de gravedad”

Sujeto 2

“El día de la urgencia, ni siquiera me escucho el pabellonero. Llego el comandante del otro pabellón. Toca gritar... comando del 3, se está muriendo. Me dejaron esperando 5 días esperando. Cuando me remiten la falta de atención me genera hernia diafragmática, me sacan por urgencia y me operan. Actualmente presento colostomía derecha”.

Sujeto 3

“Hace dos años y medio a mí me dio un pre-infarto se me dubio la presión 195 /86 y perdí el conocimiento. Cuando miro quien me está haciendo el tratamiento era la auxiliar de odontología porque no había contrato”.

Sujeto 5

“Tuve una urgencia y un comando que está pendiente de eso; y ese día me hizo pasar a mí y eso que yo no estaba haciendo fila, pero era de verdad que yo estaba tirada en el piso”.

Sujeto 6

“Para llegar a sanidad hay que llevar un volante. El pabellonero lo deja salir con el volante. Recibe el volante del médico. El médico lleva el volante a la blindada para que lo llamen”.

Sujeto 8

“Solo permiten la salida a las emergencias con criterios reales. Una vez sale del patio, el médico de sanidad debe diligenciar el volante para que sea presentado a la blindada y allí deciden si sale o no”.

Sujeto 9

“Yo pongo un ejemplo de mi caso cuando me rompí el pie, pero, y nuevamente, y agradezco al INPEC porque a mí me prestó una atención y me ayudaron. Primero debo pasar por el guardia, por el puesto de guardia, los señores que están en la entrada, buscar una autorización para que me permitan salir de este patio. Llegar a la blindada, a la puerta azul para que nos permitan llegar hasta sanidad. Llegar a sanidad a ver si el médico tiene el tiempo, la voluntad, el deseo de ayudar. Pues yo creo que fue la manera, creo que toque la puerta adecuada en los términos adecuados. Pues simplemente entrar a hablar con decencia, pedir el favor, buscar con cuidado los requerimientos”.

5.1.1 Análisis Variable Emergencia Médica.

Según la normatividad, *“En todos los centros de reclusión se garantizará la existencia de una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria” (ley 1709 de 2014 Artículo 65).* Fundamentada esta ley en la Constitución política, 49 la cual prescribe que la atención de la salud como un servicio público está a cargo del Estado. El acceso debe ser garantizado sobre todo a aquellas personas que se encuentren en situación de debilidad, de desigualdad o indefensión, incluidas las personas privadas de la libertad.

De acuerdo con las entrevistas, se evidenciaron que aunque exista en esta cárcel el servicio de Atención a Urgencias el acceso de los internos al mismo, es difícil.

Se presentan varias barreras de acceso, la primera es lograr que el pabellonero del patio permita salir a un interno que reporta una urgencia. A juicio del pabellonero se permite la salida del interno a sanidad para luego cruzar la puerta blindada (que abre otro dragoneante) para poder llegar a sanidad. Otra estrategia, es que salga el promotor a sanidad para que reporte la emergencia, le dé un volante que llevara a la guardia externa para la salida del interno enfermo del patio al área de sanidad.

De lo anterior se puede evidenciar que algunas de las interacciones que permitieron acceder al servicio de emergencias fueron las siguientes: existen internos para los que es más fácil acceder al servicio de urgencias ya sea porque son reconocidos como líderes por la comunidad interna y de guardia o porque las labores que ejercen dentro del patio son de cierto reconocimiento por el personal administrativo (no es lo mismo que solicite salida el interno instructor del patio, a que lo solicite el interno estudiante). Esto les facilita el desplazamiento al área de sanidad, como se evidencio en el sujeto N° 9 “instructor” y el sujeto N° 3 “representante de los internos” para el Comité de Derechos Humanos.

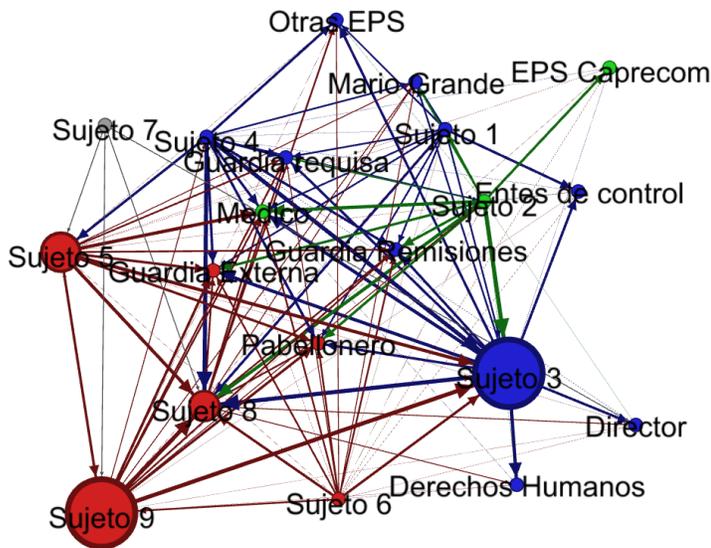
5.1.2 Análisis Variable Emergencia desde las ciencias Contemporáneas (redes complejas).

Se realiza un análisis de la variable emergencia médica para definir la red presente y los atributos de la misma.

Todo sistema complejo posee elementos que intercambian información entre sí a través de algún medio.

Según lo anterior y como lo muestra la gráfica para interpretación de redes GEPHI, el patio 3 tendría un número de nodos correspondiente al total de la población de este patio. Sin embargo, para la interpretación de la red, los datos relacionados con los nodos de la gráfica corresponden al personal entrevistado y a los actores que participan en las interacciones, tal como se muestra en la gráfica 03.

Gráfica 03. Red de conexiones PPL Patio 3 Cárcel La Modelo.



Fuente. Diseño en Programa GEPHI.

Los sujetos que intercambiaron información para esta variable fueron los número 2,3,5,9 y 8. Las entrevistas evidenciaron vínculos fuertes en las interacciones.

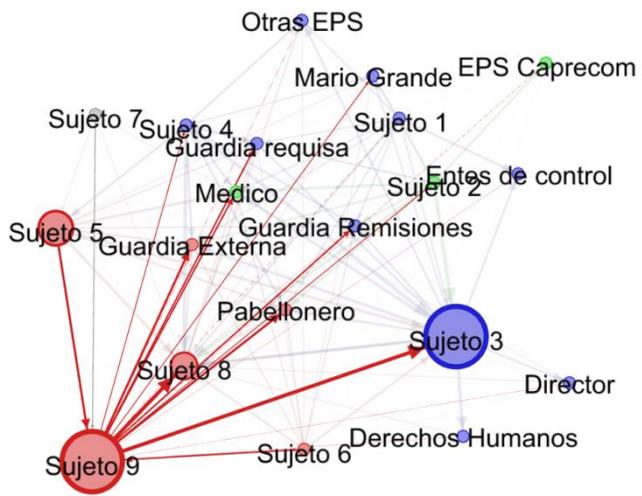
Para esta variable los sujetos o elementos que reportaron vivenciar en algún momento una emergencia fueron los sujetos N° 2, 3, 5 y N° 9; sin embargo se evidencia que los sujetos que superaron la emergencia favorablemente fueron los sujetos con mayores contactos o “atajos en la red”. Por el contrario el sujeto N° 2 no tuvo la misma suerte, se subvaloraron sus síntomas y se prolongó en tiempo su salida al área de emergencia y remisión. Sus conexiones no le permitieron acceder al servicio tan rápidamente (vínculos fuertes y red de mundo pequeño redundante).

El sujeto N. 8 aunque no reporto para sí mismo una emergencia, este sujeto se encarga de conectar a los internos que si la tienen con el área de sanidad. Se podría decir que es un atajo en la red.

La red tiene dos propiedades: la mayoría de los elementos posee una sola conexión y un pequeño número de ellos está conectado a un gran número de nodos.

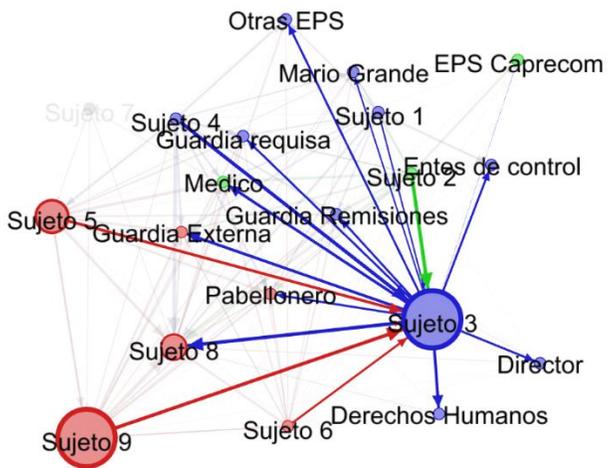
Se identificó que los internos presentaban al menos una conexión al interior del patio; sin embargo los sujetos que presentaron mayores conexiones o vínculos con otros nodos fueron los Sujetos N° 3 y Sujeto N° 9. Estos sujetos podrían denominarse “hub”, es decir, sujetos con el mayor número de conexiones al interior del establecimiento.

Gráfica 04. Conexiones Sujeto N°9 Patio 3 Cárcel la Modelo.



Fuente. Diseño en Programa GEPHI.

Gráfica 05. Conexiones Sujeto N°3 Patio 3 Cárcel la Modelo.



Fuente. Diseño en Programa GEPHI.

Una red libre de escala es una red heterogénea ya que existen nodos con muy pocas conexiones, nodos medianamente conectados y nodos extremadamente conectados.

El sujeto N. 2 se conectó en ese momento con el pabellonero y quien definió su salida al área de sanidad. Así mismo, se conectó con el medico el cual retuvo 5 días su salida a emergencias por fuera del establecimiento. Estas dos conexiones no fueron suficientes para lograr la atención necesaria y como consecuencia presento una coleostomia.

Como se dijo anteriormente, el mayor número de vínculos entre los nodos los presentaron los sujetos N° 3, N° 9, dado que su red trasciende no solo con los otros internos, sino también con los pabelloneros, personal de sanidad y personal administrativo de la Cárcel La Modelo. De acuerdo con esto, este comportamiento corresponde a una red libre de escala.

5.2 Variable Cita médica.

Se indago sobre la disponibilidad y el acceso a una cita médica desde la perspectiva de quienes viven al interior del patio 3 del establecimiento y los hallazgos se ponen en evidencia a través de las entrevistas para esta variable.

Los sujetos manifestaron lo siguiente:

Sujeto 1

“El líder de este patio... ni siquiera los enfermos tienen que buscarlo, el los ayuda para la cita. El médico, medio lo revisa a uno, y dice: usted lo que tiene es un dolor y Diclofenaco, ibuprofeno y chao”.

Sujeto 2

“Me dejan pasar, yo no molesto. Porque saben que no me presto para pasar cosas. Hay un médico para 5 mil personas. Yo he durado hasta la una de la tarde para esperarlo allá y a veces me he quedado y no ha llegado. Me puedo quedar sin desayuno y almuerzo esperando al médico. La enfermera me dice: ya te paso, pero como me va a pasar delante de 30 personas que están esperando. Cuando paso, pues me madrean”.

Sujeto 3

“Le duele a un compañero una muela y le dicen que hay odontólogo cada 15 días. El doctor tiene que entrar a las 8:00 y llega a las 10:00 y sale antes de las 12:00 porque ya la contada. Vuelve a las 2:00 de la tarde ya perdió 3 horas en el día y vuelve la otra contada a las 4:00 y media”.

Sujeto 5

“Vaya donde el promotor y el promotor mirara si lo saca. Ellos lo llaman a uno y ya. Lo llaman y uno tiene que hacer la fila allá con un fichito. Si yo pido la ficha, si hoy pido la cita al mismo día me la dan o al otro día?...Puede ser dependiendo, la semana que le toque la cita al patio o si ya es una emergencia pues ahí si lo sacan del patio pero si no toca que se espere hasta que la cita le toque al patio. Si, es por patio que hacen las citas”.

Sujeto 6

“Hace dos semanas tuve una dolencia pero no pude salir. Si no es una emergencia o no ven que se te estén saliendo las tripas, no te dejan salir. El problema es en los pabellones, porque son los guardias los que nos autorizan la salida”.

Sujeto 7

“Se me hace igual que todos porque aquí los médicos lo tratan a uno como si fuera lo peor del mundo. Los médicos, muchas veces lo atienden a usted como buenos, como muchas veces lo atienden como una mierda”.

5.2.1 Análisis variable.

Según el *artículo 104 de la Ley 65 de 1993, Acceso a la salud*. Las personas privadas de la libertad tendrán acceso a todos los servicios del sistema general de salud de conformidad con lo establecido en la ley sin discriminación por su condición jurídica. Se garantizarán la prevención, diagnóstico temprano... (). Así mismo, la ley 1709 de 2014 en su artículo 66 establece que se implementará un modelo de atención en salud que será diseñado por el Ministerio de Protección Social y la USPEC (Unidad de servicios Penitenciario y Carcelario) el cual tendrá un apolítica de atención primaria en salud.

De acuerdo con las entrevistas, se evidenció que para acceder a una cita médica se debe inicialmente solicitar a los promotores de salud la necesidad de acceder a una cita, de esta manera el promotor realiza un listado de internos a ser atendidos solo el día que le corresponda al patio la atención. Otro mecanismo

para lograr obtener una cita médica es a través del líder, el representante de derechos humanos, quien puede acceder a sanidad para solicitar una prioritaria para un compañero. Los relatos evidenciaron deficiencias en la prestación del servicio, espacios de tiempo prolongados en los cuales no se presta el servicio, no hay seguimiento en el cumplimiento de las funciones del personal de salud, el ingreso de odontólogos es cada 15 días y espacios demasiado cortos de consulta. La rutina penitenciaria al interior del establecimiento (la contada, la entrega de las comidas al personal de internos, las remisiones, “las rascadas” o requisas intensas a celdas y patios) alteran el buen desarrollo del servicio de consulta y la disponibilidad de atención médica, desde el tránsito de los internos al área de sanidad hasta el ingreso del personal de salud al establecimiento.

Para esta variable los sujetos o elementos que reportaron haber realizado una solicitud para acceder a una cita médica y recibir atención en algún momento fueron los sujetos N° 1, 2, 3, 5, 6 y el N° 7, sin embargo de estos, solo el numero 6 reporto no haber accedido a la cita por no ser una prioridad. Se evidencia que los sujetos que pudieron acceder favorablemente a la cita médica fueron los sujetos que utilizaron al promotor del patio y al líder del patio o pluma. Sin embargo en el caso del sujeto N.3 a pesar de no ser un interno encargado de funciones de promotor y líder de derechos humano, ha utilizado el fortalecimiento de vínculos con los mandos medios de la guardia que le han permitido el fácil acceso al área de sanidad, después de las consecuencias graves suscitadas por la falta de atención en urgencias. Igualmente en sanidad, su insistencia, el conocimiento del caso de este sujeto por parte de los funcionarios de sanidad a incrementado los vínculos o conexiones en beneficio propio, lo que le permite al sujeto la atención médica cualquier día de la semana.

5.2.2 Análisis variable cita médica, desde las ciencias Contemporáneas (redes complejas).

Los nodos altamente conectados se denominan los núcleos o centros de la red (Hubs).

Para esta variable solo los sujetos número 1,2,5,6 ,7 han solicitado cita médica. El interno número 6 no pudo finalmente acceder al servicio. Los internos N° 1, 5 y 7 han acudido a los sujetos más conectados N° 8 y 3 para lograr el acceso a la cita médica.

Una red es un conjunto de nodos entre los que existen algunas conexiones. Esto quiere decir que en la red pueden existir nodos que no tengan conexiones, es decir, nodos aislados. También pueden existir grupos de nodos que estén conectados entre sí pero que no estén conectados con el resto de la red.

El sujeto N° 6 no se conectó a los sujetos más conectados y sus conexiones existentes no fueron suficientes para lograr el acceso al servicio de salud. Se considera una red de mundo pequeño redundante.

Una isla que no esté conectada al cuerpo principal de la red no significa que dicha isla no pertenezca a la red. La red no está determinada solo por las conexiones, sino también por los nodos que conforman al sistema

El sujeto N° 2 creo una subred o isla en beneficio propio. Este sujeto está conectado a varios nodos externos al patio que le permiten acceder al área de sanidad. Busco dentro de la red los atajos necesarios para lograr este beneficio.

La longitud mínima entre dos nodos es el número mínimo de “brincos” que se tienen que dar para llegar de un nodo de la red.

Para esta variable los nodos que se conectaban a los nodos más conectados, disminuían su número de brincos para llegar al área de sanidad. Los únicos sujetos que pueden utilizar los atajos de manera efectiva son los sujetos 3 y 9.

5.3 Variable Tratamientos.

Se indago durante las entrevistas si alguna vez obtuvieron el tratamiento adecuado en la presencia de patologías. Los sujetos ante esta variable manifestaron lo siguiente:

Sujeto 1

“Estando en la cárcel modelo se me complico la situación de la columna vertebral y me diagnosticaron una resonancia magnética y que tenía fractura del disco c4 c5 y c6 y que tenían que operarme. Toda mi patología se la trasmito a esos médicos que sí, que no, que de todas maneras hay que esperar a ver. Lo que yo le digo al médico es que yo necesito que me saquen con urgencia porque mi neurocirujano ya me tenía programada la cirugía de columna y nunca lo hicieron entonces yo me empiezo a complicar. Se en tutela y efectivamente el tribunal superior de Bogotá después de más de 8 meses de mis dolores aprueba operación”.

Sujeto 2

“Me habían programado cirugía con el sistema médico del INPEC, pero ahora como tengo EPS no me hacen la cirugía. Yo les llevo el recordatorio a sanidad el día anterior a la curación y todo eso me estresa. Si no me llaman, me levanto temprano y miro a ver si me sacan y si ya no me sacan vengo donde Brasil (el líder) para que me saquen. Entonces cuando se les olvida de programarme me sacan por urgencia”.

Sujeto 4

“Tengo una hernia inguinal ya diagnosticada”.

Sujeto 5

“He venido enferma esos 9 años, con el VIH, aquí me detectaron eso”.

Sujeto 7

“Llevo 16 meses y eso que para que me dieran mi tratamiento aquí, fue una pelea muy larga. El programa Bionco es para las personas con sida”.

5.3.1 Análisis variable tratamiento.

El Artículo 67 de la ley 1709 de 2014 establece que se brindara asistencia médica a internos con especiales afecciones de salud. Las personas privadas de la libertad portadoras de VIH, con enfermedades infecto contagiosas o con enfermedades en fase terminal serán especialmente protegidas por la Dirección del establecimiento penitenciario en el que se encuentren, con el objetivo de evitar su discriminación. El INPEC podrá establecer pabellones especiales con la única finalidad de proteger la salud de esta población. Artículo 65 de la ley 1709, “En

todo caso el tratamiento médico o la intervención quirúrgica deberán realizarse garantizando el respeto a la dignidad humana de las personas privadas de la libertad”.

De acuerdo con las entrevistas y grupos focales, se evidenció que hay dificultades en la continuación de los tratamientos que tenían antes de ser privados de la libertad; 5 personas reportaron tratamientos antes de ingresar, 3 de estas con VIH.. Para todos los sujetos el ingreso a la prisión les generó complicaciones en sus tratamientos, relacionada estas con la interrupción de cirugías y toma de medicamentos, víctimas de agresiones por parte de otros internos y falta de supervisión médica. Actualmente de los 5 que reportaron tener un tratamiento antes de ingresar al establecimiento, 4 continúan con su tratamiento después de varios meses de espera de solicitud. De estos uno lo solicito a través de acción de tutela.

Es importante reiterar que una de las mayores dificultades por parte de los internos es poder acceder a continuar o solicitar tratamiento médico al interior del establecimiento. Aunque el sujeto N°4 tiene a sus compañeros más conectados, para acceder al servicio de sanidad para su tratamiento, esta área priorizara a los internos que pertenezcan a subredes asociadas con enfermedades de alto riesgo y subredes que por acción de tutela los obligue a cumplir con el tratamiento evitando de esta forma un desacato.

5.3.2 Análisis variable tratamiento desde las ciencias contemporáneas (redes complejas).

Que una isla no esté conectada al cuerpo principal de la red no significa que dicha isla no pertenezca a la red.

Para esta variable los sujetos o elementos que reportaron haber continuado con su tratamiento son los sujetos N° 1, 2,5 y 7 pertenecientes a subredes dentro del patio 3.

En un mismo conjunto de nodos podemos definir redes diferentes.

Podemos decir que los sujetos 2, 5 y 7 pertenecen a una red que tiene ciertas propiedades que le favorecen la atención de los servicios de salud. Este grupo de sujetos aunque hace parte de la red del patio estos pertenecen a la red de personas con VIH a quienes se les tiene para el acceso a tratamiento protocolos establecidos con anterioridad. Su misma condición les permite autoorganizarse en otra red para poder acceder de una manera diferente a los servicios de salud.

Las islas en una red pueden tener diferentes tamaños, que van desde 1 (un sólo nodo que no está conectado a nadie) hasta el tamaño de toda la red (todos los nodos están conectados con todos), en cuyo caso la red consiste de una sola isla, que es ella misma.

Para el caso del sujeto número 1, la tutela le brindo el atajo para acceder a la cirugía.

5.4 Variable Remisión.

Se indago sobre las remisiones que se solicitaban para atenciones médicas extramurales.

Los sujetos ante esta variable manifestaron lo siguiente:

Sujeto 1

“Después de la tutela por fin me sacan a médico y me trataron los tres discos. Las terapias me las comienzan hacer casi 3 meses después. Voy a terapias cada 8 días”.

Sujeto 2

“Entonces me toca ir cansar todos los días hasta que se cansan de verme en la mañana y en la tarde y me sacan por urgencias- si pierdo la cita, yo regreso y coloco la queja en sanidad. A mí me sacan 6:00 y media del patio y la remisión sale a las 8 y media y resulta que tengo cita a las 8:00-Se perdió el tiempo. Que por falta de personal, por recurso mecánico como el transporte, el trancón, muchos peros. Yo tengo suerte que llevo 19 meses en este tratamiento y ya soy cliente de ese consultorio y me dicen: no Alexander pase de una. Pero cuando no me conocen o me toca con otra persona puedo perder la cita, y no me atienden”.

Sujeto 3

“Si tengo una cita a las 8:00 de la mañana, porque no lo están sacando a uno a las 6:00 de la mañana? Si se demoran casi 40 y 50 minutos para la empelotada y la reseña”.

Sujeto 5

“Me están colaborando con una tutela y con la operación de los ojos y para salir a las 72 horas”.

Sujeto 9

“Porque es un problema sacar a las personas, porque el cuerpo de guardia y custodia no da abasto para prestarle atención a usted, a usted y a usted. Porque para sacarlo al médico si usted tiene medicina prepagada pues tengo que buscar unidades de guardia que no tengo. Entiendo que sacar a una persona es complicado para ellos, cuantos guardias? mínimo son dos guardias, mínimo es un transporte, mínimo la gasolina, y multiplíquelo por todos los casos que hay. Pero si yo tengo un pie lastimado, roto y no me atienden acá, porque no me dejan ir afuera que puedo tener acceso. Por ejemplo en mi caso, el problema médico que tuve finalmente tuve que ir a un especialista, afortunadamente tuve la gran fortuna de poder contar con el apoyo de guardia y custodia para salir”.

5.4.1 Análisis de variable de remisión.

Ley 1709 de 2014, Artículo 308. Traslados de las personas privadas de la libertad... la persona privada de la libertad que dentro de una actuación procesal sea citada ante autoridad competente, o que por su estado de salud deba ser llevada a un hospital o clínica, será remitida por el personal del cuerpo de custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, garantizando sus derechos a la vida e integridad personal y la dignidad humana previa solicitud de la autoridad competente.

De acuerdo con las entrevistas, se evidencio que no se saca la gente a tiempo. Hay demoras en la salida de los internos por procedimientos como la requisa de salida, la reseñada. Así mismo hay causas que definen el transporte de internos como contar con las suficientes unidades de guardia, vehículo y gasolina. Se pueden citar a los internos en Caprecom o en las EPS particulares pero si no se cumplen estos requisitos la meta de la remisión se incumple y se pierden las citas.

Hay internos que cuentan con la suerte y voluntad de los médicos de las EPS para ser atendidos a la hora que lleguen.

5.4.2 Análisis de variable de remisión desde las ciencias de la complejidad.

Cada atajo comunica zonas remotas de la red.

Para esta variable los sujetos o elementos que reportaron haber salido a remisión medica son los sujetos N° 1, 2 y 9. El primero ha salido por cirugía a su EPS, el sujeto N° 2 por tratamiento médico y El N° 9 por un accidente de tobillo. Como se ha descrito anteriormente, estos sujetos tienen atajos dentro de la red del penal.

En un mundo pequeño, los cambios en un elemento del sistema pueden afectar.

Para esta variable, los sujetos N° 1, 2 y 9 que accedieron al servicio de remisión medica acudieron a los sujetos más conectados; sin embargo a pesar de lograr la cita en el área de sanidad, los internos deben esperar que los tramites del área de seguridad y administrativa permita su salida a la red externa de servicios.

Hay que proteger los elementos más conectados si se quiere mantener el sistema a salvo.

Para los internos del patio 3 es importante el trabajo que realizan los líderes del patio para el beneficio de la comunidad. Es así que los discursos de los internos reconocen la labor de estos sujetos y por lo tanto se les garantiza seguridad al interior del patio y respeto. Se evidencia un modelo de auto-organización que responde a las problemáticas de salud, generando situaciones de “emergencia” o no esperadas con el fin de poder acceder al servicio de salud.

5.5 Variable Medicamentos.

Se indago esta variable para establecer cuáles son las interacciones que permiten acceder a la obtención de medicamentos.

Los entrevistados manifestaron lo siguiente:

Sujeto 1

“La droga me la arrebatan en la guardia entrando al INPEC y me entregan después de mes y medio. Mi mayor es que necesito que me colabore con la droga llevo un mes y medio y no me la han entrado. No hubo respuesta”.

Sujeto 2

“La otra cuestión es la de los medicamentos, toca pagar para que me los entren, me los devolvieron 2 veces a Pereira”.

Sujeto 3

“Y como no estoy medicado por la EPS no me volvieron a entrar medicamentos”.

Sujeto 4

“Yo tengo EPS y no me volvieron a dar medicamentos”.

Sujeto 6

“No me dejaron entrar unos medicamentos homeopáticos. Solo un mes después pude acceder a una parte de ellas. Por supuesto se me echaron a perder las ampollas y solo pude recuperar 6 de las 20 ampollas que venían. La excusa que

me dieron es que no sabía de qué componentes de trataba, pero eso es mentira, porque en la misma caja estaban los insertos donde explicaban los componentes que tenían cada ampolla. Me dijeron que hay muchos filtros y que deben examinar cuidadosamente cada cosa que nos envían. Como no tenían soporte de que componentes tenían esas ampollas pues no me la entregaron. Yo creo que el problema podría mejorar si hay plata de por medio, porque sin incentivos no hay comodidad”.

Sujeto 7

“Hay veces que llega, a uno lo llaman cada mes y el entregan a uno una bolsita negra con todo el medicamento que usted está tomando pero muchas veces hay algo que falta de ese medicamento. Si hace falta un medicamento no le sirve de nada el tratamiento. Entonces a uno le toca empezar a...”.

5.5.1 Análisis variable Medicamentos.

Artículo 65 de la ley 1709 de 2014. Modificase el artículo 104 de la Ley 65 de 1993. *Envío y recepción de paquetes*. La persona privada de la libertad podrá recibir paquetes, los cuales serán entregados en la oficina que la Dirección del establecimiento penitenciario disponga para ello. La oficina de recepción de paquetes deberá levantar un acta en la que se relacionen los elementos enviados, la cual será entregada al interno al momento de recibir los elementos enviados. La clase de alimentos, artículos y bienes, al igual que su cantidad y peso, será objeto de reglamentación de acuerdo con las medidas de seguridad del patio, pabellón, módulo o establecimiento penitenciario.

De acuerdo con las entrevistas, el ingreso de medicamento es controlado por la guardia. A lo cual los sujetos N°1 y 6 decidieron pagar para su ingreso. El sujeto N° 7 recibe el medicamento por ser parte de un programa para población con VIH sin ningún cobro. Y a los sujetos número 3 y 4 no les entregaron los medicamentos ya que no estaba clara la afiliación de estos.

Para esta variable los sujetos en casi la totalidad han tenido dificultades para la entrega de medicamento. A muchos de estos internos las familias les envían los medicamentos pero el ingreso de estos y la falta de protocolos claros sobre que entrar y que no entrar favorece a los funcionarios responsables el usufructo de la entrada de este tipo de paquetes. No hay control de la entrada de medicamentos.

5.5.2 Análisis variable Medicamentos desde la ciencias de la complejidad.

La mayoría de los elementos posee una sola conexión y un pequeño número de ellos está conectado a un gran número de nodos.

Para esta variable el único atajo que resuelve el ingreso de medicamentos para los sujetos N° 1 y 6 es pagando al contacto responsable de la entrega de paquetes.

En un mismo conjunto de nodos podemos definir redes diferentes.

Al igual que la variable de tratamiento el grupo de internos pertenecientes a una subred recibe beneficios que le permiten acceder a los medicamentos del plan sin tener de pagar. Para este caso está el interno número 7.

Hay redes dirigidas y redes no dirigidas.

De acuerdo con las conexiones de esta variable, esta red corresponde a una red dirigida (A tiene relación con B, pero B no necesariamente tiene relación con A) ya que siempre son los sujetos los que acuden a la conexión con el responsable de la guardia, al personal de sanidad para poder acceder al medicamento. De ahí el desinterés del personal por favorecer o facilitar el suministro de los medicamentos, a menos que se reciba un beneficio a cambio.

CONCLUSIONES

a. Conclusiones de las entrevistas y grupos focales.

Las dinámicas del patio 3 generaron estrategias de convivencias que los acercaban a un proceso de bienestar intramural, incluido el acceso a los servicios de salud. Este proceso se puede entender como “Autoorganización”, generando dinámicas totalmente diferentes a los otros patios del penal; lo que les asegura mejores condiciones de salubridad.

El líder del patio o los líderes, desde la perspectiva de la complejidad son los “nodos” más conectados; las estrategias y tácticas de poder se evidencian en las dinámicas que el patio impone para lograr equilibrio, sin que haya un orden jerárquico definido sino “pocos nodos” bien conectados. Entendiendo por estrategia, como un proceso que es regulable y dinámico en el tiempo donde se establecen unas reglas de manera conjunta (entre los internos) para asegurar la decisión más óptima en cada situación que se presente.

El personal de salud es ajeno a la realidad penitenciaria y son tratados como tal por el personal de la guardia. El médico que llega no es el compañero, es un visitante más que debe esperar su turno para el ingreso en la puerta de entrada. Los internos son atendidos por médicos y enfermeras que no pertenecen al sistema carcelario. Así es que no hay lecciones aprendidas, procedimientos, ni manuales que perpetúen experiencias adquiridas. No hay conexiones del personal de salud con el personal que trabaja diariamente con lo internos, ni con la guardia.

En las entrevistas a internos siempre fue reiterativo como necesidad primordial el acceso a los servicios de salud sin barreras de acceso. Las barreras de acceso que son impuestas por los regímenes internos y las medidas de seguridad del Establecimiento. Se prioriza las medidas de seguridad frente a lo sanitario.

Asi mismo, la tutela por ser un mecanismo para obtención de derechos se ubica como una estrategia de conexión a la que acuden muchos internos en última instancia para lograr el acceso a un servicio de salud.

b. Conclusiones desde las ciencias contemporáneas (redes complejas).

Como se pudo evidenciar el análisis desde la teoría de redes ha permitido definir una red con las siguientes características y propiedades:

- En el patio 3 se presenta una red con características de libre escala ya que es altamente heterogénea, con nodos que tienen muy pocas conexiones, nodos medianamente conectados y nodos extremadamente conectados cuyos atajos les permiten acceder más fácil a los servicios de salud.
- Dentro de la red hay subredes o islas las cuales tienen sus propias conexiones o enlaces. Estas redes se han autoorganizado y logran generar una dinámica resolutive para acceder a los servicios de salud.
- La red no es estática, crece y las conexiones se realizan aleatoriamente.
- Hay islas en la red que no están conectadas al cuerpo principal de la red, lo cual no significa que dicha isla no pertenezca a la red. La red no está determinada solo por las conexiones, sino también por los nodos que conforman al sistema.

ASPECTOS ETICOS

Teniendo en consideración lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 *“Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”* se fijaron las siguientes consideraciones éticas respecto al desarrollo del proyecto de investigación.

Criterios y Aspectos Éticos (Artículos 5 y 6)

La Población Privada de la Libertad dentro de la investigación, fueron informados de las intencionalidades, mecanismos y fines de la investigación, protegiendo en todo momento su identidad e información suministrada; de igual forma se respetó en el momento las decisiones para rehusar dar información.

Nivel de Riesgo (Artículos 10 y 11)

Toda vez que la presente investigación tiene como premisa la medición del ejercicio de la salud pública, se determinó que esta investigación no presentaba riesgo, dado que solo emplearon técnicas y métodos de investigación documental, tales como acceso a documentos, aplicación de instrumentos y realización de algunas entrevistas.

Consentimiento Informado (Artículo 14 y 15)

Una vez recibido las autorizaciones de la Institución Penitenciaria y de la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC respecto al inicio del proyecto, al ajuste de los instrumentos de recolección de información y a la selección de individuos a encuestar, se procedió dentro del estudio de campo a la divulgación entre los interesados los objetos y fines de la investigación, con el fin de establecer su participación o no.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) La Cárcel: Del Extrañamiento a la Inclusión. Fernando Carrión Mena, Campo Alegre, Quito, 2008.
- 2) Sentencia T 388 de 2013. Estado De Cosas Inconstitucional Del Sistema Carcelario. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-388-13.htm>.
- 3) Vicente Martin (2004).Las prisiones y la salud pública. 8 jun. 2004, Edición impresa El PAIS. Disponible en: elpais.com/diario/2004/06/08/salud/1086645606_850215.html.
- 4) Estadísticas de reinserción población PL intramural. Noviembre de 2015. Grupo Planeación, Dirección General. INPEC.
- 5) Situación del servicio de Salud en las cárceles de Colombia. Diciembre 2003.
- 6) Gutiérrez Ruíz, Laura Angélica. Normas Técnicas sobre administración de prisiones Edit. Porrúa 1996. pp 1. Citada por Galeano, Eduardo en: Los principales problemas de la prisión actual. Disponible en: <http://ensaiosjuridicos.wordpress.com/2013/04/01/los-principales-problemas-de-la-prision-actual-eduardo-galeano/>
- 7) Paola Bollini, Dr ForMed, Suiza. Epidemiología de VIH/SIDA en los establecimientos penitenciarios. Epidemiología de VIH/SIDA en los establecimientos penitenciarios 2012 2012.
- 8) Reporte de denuncias 2015 del área de salud Pública de la Dirección de Atención y Tratamiento INPEC.
- 9) Ensayo sobre la reforma carcelaria en el pensamiento ilustrado y su plasmación en modelos arquitectónicos. Javier Garcia Algarra.. Disponible en: <http://myslide.es/documents/la-reforma-carcelaria-en-el-pensamiento-ilustrado-y-su-plasmacion-en-modelos-arquitectonicos.html>

- 10) Faustino Gudín Rodríguez–Magariños. Introducción Historia de Prisiones. Disponible en: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/derecho-constitucional/derechos-de-los-reclusos/pdf/ESTUDIO0.pdf>
- 11) Luis Eduardo Castro Gil, violencia intramural. Respeto a la dignidad humana. Disponible en : <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/Seminario/Seminario.III.c.pdf>
- 12) Reseña Historica del INPEC. Disponible en: Página del INPEC www.inpec.gov.co/
- 13) Catalina González. Anexos penitenciarios en Colombia. Disponible en: <http://psicologiajuridica.org/psj22.html>
- 14) Estadística de prisiones. Página del INPEC. Disponible en: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Organizacion>
- 15) Plan de acción y sistema de oportunidades PASO (Plan de Acción y Sistema de Oportunidades). Metodología de Tratamiento enmarcada en el modelo sistema de Progresivo. Sistema mediante el cual prepara al interno paulatinamente para salir en libertad.
- 16) Michel Foucault. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Siglo Veintiuno Editores Argentina s.a. 2002. Traducción de: Aurelio Garzón del Camino. Pag.67
- 17) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Centros de reclusión en Colombia: un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos. Misión Internacional Derechos Humanos y Situación Carcelaria. 31 de octubre de 2001
- 18) Tamara, Silva et al, 2011, Caracterización Y Perfilación Criminológica y Penitenciaria de la Población Condenada y Privada de La Libertad en los Establecimientos de Reclusión del INPEC. 2011.
- 19) Piñeros, 2011. Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional.
- 20) Diuana Vilma, et al. La salud en las prisiones : representaciones y prácticas de los guardias de la prisión en Río de Janeiro. Cad Saúde Pública Vol. 24, No. 8 (Artículo revista online). 2008 Pág. 1887-1896. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>
- 21) Caracterización de la Situación de Salud y Enfermedad para la Población Privada de Libertad en Colombia a Cargo del INPEC. CAPRECOM 2013.
- 22) Informe Sobre Prestación De Servicios De Salud En Centros Penitenciarios Y Carcelarios De Colombia. Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria. Defensoría del Pueblo. 2005

- 23) Informe de los eventos de interés en salud pública- EISP en los Establecimientos Durante el Periodo Epidemiológico,2015. Grupo de Salud Pública, Subdirección de Atención en Salud, Dirección de Atención Y Tratamiento INPEC.
- 24) Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012.
- 25) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Los Derechos Humanos Y las Prisiones, Manual de Capacitación en Derechos Humanos para funcionarios de prisiones. Publicación de las Naciones Unidas 2004 Disponible en: www.ohchr.org
- 26) Protocolo para el acceso a la salud en contextos de encierro . “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015”. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina y Ministerio de Salud. Centro de Documentación e Información, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/207948/norma.htm>
- 27) Dabas, Elina. Najmanovich, Denise. Redes. El lenguaje de los vínculos. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1995.
- 28) Alejandro Peñuela Velásquez, Luis Guillermo Alvarez García. Comunicación compleja: "Perturbaciones y fluctuaciones en la interacción comunicativa". 1er Congreso internacional sobre pensamiento complejo, realizado en la ciudad de Bogotá en noviembre 8, 9 y 10 de 2000. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n25/apenuela.html>
- 29) Gaita, Olga Lucia; Peláez Merino Ana María. Análisis de la situación carcelaria en Colombia: un enfoque cualitativo. Estudios ocasionales. Siete estudios de Caso. CIJUS. Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia: Ediciones Uniandes, Facultad de Derecho, Centro de Investigaciones Socio jurídicas, [2000]
- 30) CIURANA, Emilio Roger. Individuo complejo. En: Redes Sociales y Complejidad. N° 2. Universidad del Salvador. 1998. pág 33-36. Memorias de investigación Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo. Buenos Aires, Argentina.
- 31) Fernando Mires, 1999. Redes de la sociedad. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Centros de estudios de Opinión. 1999. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1395/1084>
- 32) Ricard Solé. Redes Complejas: del genoma a internet. 2008.

- 33) Von Foerster, H.v. (2006). Las semillas de la Cibernética. Barcelona: Gedisa.
- 34) Dabas Elina y Perone Nestor. Redes en Salud. 1999.
- 35) Maximino Aldana, Redes Complejas. Noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.fis.unam.mx/~max/English/notasredes.pdf>
- 36) Acosta Muñoz Daniel, Sociología en el Penitenciarismo, prácticas de Integración social. 2010. Estudios Penitenciarios. Escuela Nacional Penitenciaria. INPEC
- 37) Elssy Bonilla-Castro y Penélope Rodríguez Sehk,. Más allá del dilema de los métodos. Investigación en ciencias Sociales.
- 38) Ernesto Acosta, define urgencia médica en el artículo “Cárcel, multa y clausuras por incumplir Ley de Urgencias Médicas”. Zocalo Saltillo. Disponible en: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/carcel-multa-y-clausuras-por-incumplir-ley-de-urgencias-medicas-1446051924>.
- 39) Definición consultada. Disponible en: <http://definicion.de/consulta/>
- 40) Definición consultada. Disponible en: <http://definicion.de/tratamiento/#ixzz3ssHRYaJD>
- 41) Directiva permanente 0010 de 2011. Respeto a las personas LGBTI en los establecimientos de reclusión del orden nacional.
- 42) Ana María Peláez Merino, Análisis de la situación carcelaria en Colombia.
- 43) Romero, J. (2006). Nuestros Presos: Cómo son, qué delitos cometen y qué tratamientos se les aplica. Editorial EOS. Madrid, España.
- 44) Libro “No seas Mula” 2014. Marino Marín Quiceno, Juan Luis Mendoza et al.