

**DERECHO A LA SALUD MATERNO INFANTIL PARA LAS MUJERES
PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS**

**DEINY KARINA QUIÑONEZ PEÑA
IRINA GISSELA PRIMO LOZADA**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA
BOGOTA D.C.
2019**

**DERECHO A LA SALUD MATERNO INFANTIL PARA LAS MUJERES
PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS**

**DEINY KARINA QUIÑONEZ PEÑA
IRINA GISSELA PRIMO LOZADA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para obtener el grado de
Magister en Salud Pública.**

**Director: Edson Jair Ospina Lozano
Profesor. Maestría en salud Pública**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA
BOGOTA D.C.**

2019

CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
1.1.1 Ejes Estructurales	9
1.1.2 Ejes Particulares:	12
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GENERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE DE APROXIMACIÓN AL TEMA	17
3.1 MARCO TEÓRICO	17
3.1.1 Derecho a la salud	17
3.1.2. Política criminal	19
3.1.3 Las Mujeres privadas de la Libertad: Salud y Perspectiva de Género	22
3.1.4 Salud sexual y reproductiva: Programa Materno Infantil para la PPL	26
3.2 ESTADO DEL ARTE	27
3.2.1 Prisión: Asistencia Sanitaria	28
3.2.2. Mujeres y prisión: Derecho a la Salud Materno Infantil en las generalidades del contexto penitenciario y carcelario	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO	29
4.1 TIPO DE ESTUDIO	29
4.2 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	30
4.2.1 Recolección de los datos	30
4.2.2 Población:	31
4.2.3 Organización del trabajo en campo	31
4.2.4 Análisis de la información:	32
4.2.5 Estrategias para garantizar el rigor de la información:	33
4.3 POBLACIÓN DE REFERENCIA	34

4.4 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	34
4.4.1 Categorías Teóricas	34
4.4.2 Categorías emergentes	34
5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	34
6. RESULTADOS	36
6.1. Generalidades	36
6.1.1 Población Objetivo y categorías de análisis:	36
6.2. Elementos Estructurales:	37
6.2.1 El derecho de la Salud visto desde perspectiva de política Criminal y enfoque de Género	39
6.2.2 El Derecho a la Salud en las personas privadas de la libertad	43
6.3 Elementos Particulares	51
6.3.1 Caracterización Demográfica de participantes mujeres Penadas, Post-penadas y expertos	51
6.3.2 Realidad carcelaria, salud y maternidad entre rejas	53
6.3.2.1 Particularidades de las condiciones de vida al interior de un Centro de Reclusión	53
6.3.2.2 Contextualización de los centros de reclusión	56
6.3.2.3 Derecho a la salud	60
6.2.3.4 Salud materno infantil.	69
7. DISCUSIÓN	72
7.1 Derecho a la Salud en las mujeres privadas de la libertad	73
7.2 Relación de la política criminal y el enfoque de género en el Derecho de la Salud:	78
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante las últimas décadas se ha observado un incremento de personas privadas de la libertad. A nivel mundial, actualmente hay más de diez millones de hombres, mujeres y niños en prisión. Según Coyle, las tasas de encarcelamiento se estiman sobre la base de cada cien mil habitantes del total de la población para el año 2012. Así, actualmente se contempla que la tasa de personas privadas de la libertad, en el mundo, es de 145 personas por cien mil habitantes. Esta tasa varía considerablemente entre regiones e incluso entre países (1).

De manera específica, a través de la historia se ha reconocido que los centros de reclusión están ligados a problemas de higiene y salubridad. En el siglo XVII, hablar de prisiones significaba hablar de tifus y de enfermedades mentales; y en el siglo XXI, las cárceles se encuentran relacionadas con hacinamiento, trastornos psicosociales y enfermedades transmisibles y no transmisibles. Por otra parte, otra de las variables a considerar, es el perfil sociodemográfico de un número de internos, ya que muchos de éstos proceden de grupos marginados, con problemas de salud asociados a la exclusión social y a la pobreza, como las enfermedades transmisibles, alto consumo de sustancias psicoactivas, deficiente salud oral, entre otros. Adicionalmente, la privación de libertad tiene efectos negativos sobre la salud de los internos, los cuales se reflejan en la aparición de trastornos o enfermedades mentales, depresión, conductas auto lesivas, trastornos de ansiedad, así como también de alto riesgo de contagio de enfermedades por la proximidad de los internos. Lo anterior, impactan en la salud colectiva de los mismos internos y por ende en las dinámicas sociales, económicas y políticas de la sociedad que se desarrollan entorno a la salud, por lo que se reafirma que los centros de reclusión no han controlado lo suficiente los problemas de salud pública de la población privada de la libertad (2).

Para el caso concreto de las mujeres, la privación de la libertad conlleva una connotación discriminatoria y opresiva, expresada en un tratamiento desigual, recriminatorio, estigmatizador y doloroso. Asimismo, las condiciones de respeto y garantía de los derechos humanos de las mujeres privadas de libertad son aún precarias, en aspectos fundamentales como la equidad y la garantía de una vida digna, lo cual se refleja en el tratamiento diferencial entre hombres y mujeres y la forma como se abordan las necesidades de cada uno en términos de igualdad, obligaciones y oportunidades.

Frente a lo mencionado, El Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer refiere que *“la mujer tenga las mismas oportunidades desde un primer momento y que disponga de un entorno que le permita conseguir la igualdad de resultados. No es suficiente garantizar a la mujer un trato idéntico al del hombre. También deben tenerse en cuenta las diferencias biológicas que hay entre la mujer y el hombre y las diferencias que la sociedad y la cultura han creado. En ciertas circunstancias será necesario que haya un trato no idéntico de mujeres y hombres para equilibrar esas diferencias”* (3)

A nivel mundial se evidencian datos de discriminación para las mujeres privadas de la libertad, relacionados con infraestructura que no permite la separación y clasificación de las mujeres en los centros de reclusión; posición secundaria frente a la satisfacción de necesidades básicas, manifestaciones de violencia física, psicológica, desarraigo y abandono (4). Similar situación se presenta en América Latina, donde las principales problemáticas se relacionan con el hacinamiento, alimentación deficitaria, servicios sanitarios inadecuados, imposición de penas privativas de libertad por delitos menores, entre otros (3)

Lo anterior demuestra la ausencia de un enfoque de género para los centros de reclusión de mujeres, mismos que han determinado escenarios de ejercicio irregular del poder originados en la falta de cumplimiento del Estado de la normatividad vigente, como una persistente

consolidación de la idea androcéntrica de la mujer como un ser sin responsabilidades y sin posibilidad de enfrentar el futuro (5).

En Colombia, a finales del siglo pasado la Corte Constitucional declaró el Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Carcelario, donde mencionó que, si bien las personas privadas de la libertad habían delinquido y como consecuencia habían perdido su libertad, no podían negárséles, ni oprimírseles sus derechos humanos (6). Por esta razón, y basándonos solo en la salud como un derecho base de la integralidad humana, en este estudio se pretende y se considera necesario conocer la situación en salud materno infantil al interior de los centros de reclusión, partiendo de las estrategias que el Estado propone para garantizar la atención en salud con un enfoque de género, ilustrándose internamente el accionar básico en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el cual se relaciona entre otros al acceso de salud bajo principios de equidad en donde se tendrán en cuenta las diferencias poblacionales de género, etnia, discapacidad, identidad cultural y las variables implícitas en el ciclo vital.(7)

Adicionalmente, el Estado plantea que garantizara las intervenciones colectivas e individuales de alto impacto en salud que permitan atenuar los riesgos proteger la salud de la población privada de la libertad. Lo anterior fundamenta la necesidad de crear un entorno saludable para las personas privadas de libertad, así como para el personal que trabaja en ella. De igual forma, se propende para el caso específico de las mujeres, lograr cero tolerancias frente a la morbilidad y mortalidad (7)

Con respecto a la situación de la mujer en el sistema penitenciario colombiano, el documento *Mujeres y Prisión en Colombia* refiere que *“además de las deficiencias en la atención ginecológica, se observa la falta de asesoría de psicólogos con experiencia, dado que las necesidades femeninas, tanto fisiológicas como psicológicas, determinadas en gran medida por las desigualdades de género, exigen una atención especializada y permanente. No es extraño que, cuando las mujeres se deprimen o presentan algún malestar, “se considere que sus padecimientos son ‘nerviosos’, lo que, a menudo equivale a que se piense que no responden a la realidad”* (3). Lo anterior, se reafirma con lo planteado en el Informe

Defensorial 111 de 2004, que concluyó que para las mujeres la situación es alarmante dado que no se cumplen las condiciones sanitarias ideales de las áreas de enfermería y hospitalización; y estas a su vez, no se encuentran en adecuadas condiciones para la atención con perspectiva de género, dado que el acceso a la salud de las mujeres debe brindar respuesta a sus necesidades y brindar espacios que permitan la atención adecuada. Lo anterior, se refleja en los establecimientos penitenciarios y carcelarios los cuales no cuentan con un área específica para la atención de embarazadas y lactantes; y las madres no reciben controles prenatales, ni en el posparto, dejando entre ver deficiencias en la prestación del servicio de salud materno infantil y una infracción a los derechos humanos. (7)

Teniendo en cuenta lo descrito, es de gran relevancia mencionar que los lineamientos nacionales e internacionales relacionadas con los derechos humanos y el derecho a la salud, no siempre se aplican a la población privada de la libertad y, por lo tanto, se deben contemplar acciones de gestión como la identificación acertada de los problemas de salud, manejo adecuado de los recursos existentes y si se propicia la participación articulada de todo el personal penitenciario (8), en pro de garantizar la atención con calidad, integralidad, continuidad y oportunidad, teniendo en cuenta que la salud es un bien público y debe salvaguardarse ante las diferencias políticas, económicas y sociales.

Por consiguiente, este estudio aborda el derecho de la salud materno infantil de las mujeres privadas de la libertad, desde una postura sociológica, el cual permite tener una visión integradora e interdisciplinaria y su principal implicación se relaciona con la comprensión de la salud como un fenómeno social, en el cual las relaciones sociales influyen en las condiciones físicas y psíquicas de las personas, incidiendo en el bienestar de las mismas.

Para materializar lo anterior, en este estudio, se tendrá en cuenta el concepto teórico “Habitus” de Pierre Bourdieu, el cual nos permite realizar un análisis de la salud como construcción social a partir de la experiencia del participante en el cual se relacionan los aspectos macrosociales (estructura social, de las instituciones, las sociedades y sus culturas, procesos históricos) con los microsociales (**experiencia individual y la interacción social**) (9). Para el caso específico de esta investigación se identificarán en primera instancia los

elementos estructurales que promueven el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, las acciones de índole social, político, económico, entre otros; (10) y en segunda instancia, elementos particulares, los cuales se encuentran relacionados con las oportunidades y recursos que tienen las personas en función de su condición social, género, territorio o etnia a fin de minimizar la desigualdad social en salud (11) y garantizar este derecho, en este caso, en el contexto penitenciario y carcelario.

Para el primer eje temático (elementos estructurales), se contemplan cuatro categorías de análisis: 1) La salud como derecho, interpretado bajo el concepto del buen vivir (bienestar) de las personas; 2) La política criminal; 3) la legislación del sistema carcelario; y 4) el enfoque de género. Y para el segundo eje temático: elementos particulares se plantean las categorías relacionadas con la caracterización de la población, su relación con el contexto penitenciario y carcelario; y el desarrollo de la salud materno infantil de las mujeres privadas de la libertad ubicadas en la ciudad de Bogotá

1.1.1 Ejes Estructurales

La Organización de la Salud (OMS) plantea que la Salud es una noción de bienestar humano que trasciende de lo meramente físico, e incluye tres aspectos: la salud física, la salud mental y la salud social (12). A partir del último aspecto mencionado, este estudio relaciona la noción de salud desde el enfoque sociológico, el cual plantea dos conceptos: político legal lo social. Para el primer concepto, lo político-legal, establece que la salud es un bien general que a todos interesa y al enmarcarse en el ordenamiento jurídico de un país se convierte en derecho exigible por los ciudadanos. Según Moragas, más que el derecho a la salud se debería hablar del derecho a la integridad física y mental, lo cual se materializan en una gama de servicios amplios que se inician históricamente con el derecho a la asistencia médica, prosiguen con la asistencia para los medicamentos, tratamientos especializados, entre otros (13). Por otra parte, para el segundo caso: el concepto de salud desde el punto de vista social se plantea como un acontecimiento social, lo cual se encuentra condicionado en cierta manera a una situación global de desarrollo económico, educativo, político peculiar a cada país en un

momento histórico determinado. Asimismo, establece que el rol social, o papel que cada individuo desempeña en la sociedad, se encuentra restringido por sus actitudes, influencias y comportamientos desarrollados de acuerdo con los derechos y deberes sociales **asignados** en la sociedad. (13).

Lo anterior, destaca la necesidad social de asegurar el máximo bienestar físico, psíquico y social a la totalidad de los miembros de una sociedad, por lo que implica articular la salud pública con las problemáticas de las poblaciones vulnerables, contribuyendo a la investigación de los procesos sociales, la interrelación de las diversas organizaciones que forman parte del sistema de salud o que influyen en él, los factores sociales de la salud, entre otros, con el fin de garantizar la justicia social. (14)

Por otra parte, y con respecto a la segunda categoría estructural, la política criminal colombiana, se fundamenta en principios, pautas, valores y derechos como la justicia, la dignidad humana y la convivencia, entre otros, que se han establecido en la Constitución. Cabe anotar, que lo anterior, no es reflejo de una sociedad estructurada, dado que actualmente se registra a nivel nacional una tasa de 24 homicidios por cada cien mil habitantes, siendo Colombia uno de los países con mayor criminalidad en el mundo. (15)

La tipología delictiva de las mujeres es menos severa que las de los hombres y presentan un marcado dominio de delitos contra la salud pública en esencial con lo relacionado con tráfico de estupefacientes, como lo señalan García (15). No obstante, persiste la ausencia de literatura penal y criminológica sobre las mujeres, lo que en última instancia termina repercutiendo sobre la formulación y puesta en marcha de una política criminal efectiva, con enfoque de género (15)

Según la comisión asesora de política criminal, en el informe para Colombia se establece que la política criminal para mujeres debe desarrollarse bajo el principio de no discriminación y debe tener una perspectiva de género y de derechos humanos, no solo en la fase de formulación, sino también en la fase de implementación (16).

Con respecto a la tercera categoría estructural: el sistema penitenciario y su legislación, se puede indicar que actualmente, Colombia tiene una población carcelaria estimada en 116.760 internos según el informe elaborado en el año 2016 por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Una proporción de 266 presos por cada cien mil habitantes. Y entre las principales características se menciona la presencia de 3.303 adultos mayores y 58 eran madres gestantes en los centros penitenciarios; es por ello por lo que la problemática del acceso al derecho a la salud para personas privadas de la libertad persiste, tocando fondo en repetidas crisis, cada una advertida por los organismos de control colombianos, entre ellos la Defensoría del Pueblo. (16)

Asimismo, se observa que la falta de programas para prevenir enfermedades propias de las mujeres (cáncer de seno, cáncer uterino, enfermedades de transmisión sexual, control de la fertilidad, entre otras), inciden en la población reclusa femenina, para no integrar a su modo de vida prácticas tendientes a la prevención, el autocuidado y apropiación de los procesos de salud-enfermedad. Lo anterior, corrobora la carencia de información o de estudios sobre la situación de la población femenina privada de la libertad, lo cual maximiza la grave situación de desventaja y discriminación al que se encuentran expuestas y ratifica la necesidad de realizar una investigación desde el enfoque de género que tenga en cuenta las características del contexto penitenciario y carcelario para las mujeres privadas de la libertad. (17).

En vista de este panorama y dada la coyuntura, el Estado planteó la implementación de un nuevo esquema de salud, cuyo marco regulatorio, lo contempló la Ley 1709 de 2014, la cual estableció la creación del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad como instancia encargada de contratar la prestación de los servicios de salud de todos los centros de reclusión. En líneas generales, el nuevo modelo busca establecer un marco de manejo descentralizado y sostenible de los servicios de salud en las cárceles colombianas. La base de la nueva estrategia reposa sobre prestadores de servicios de salud primarios intramurales, como primera línea de atención capaces de brindar protección específica y detección temprana de enfermedades (12).

Para el caso específico de las mujeres, la Ley 1709 de 2014 pretende generar lazos de coordinación intersectorial, para que desde la perspectiva de género analizada, se incorpore un conjunto de acciones positivas para las mujeres tradicionalmente discriminadas, que permitan tener atención preferente de las necesidades, a partir de las características de las mismas, sus hijas/os menores de tres años y sus familias, concretado lo anterior en un proyecto de “*Modelo de atención en salud para la población privada de la libertad a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC*”.(18)

En relación, a la última categoría estructural: el tratamiento diferenciado por género/sexo. (12) refiere que, en el documento del tratamiento de reclusos y reglas penitenciarias europeas, se instauró la obligación de dignificar y proteger a las mujeres en situaciones específicas de especial vulnerabilidad, como la maternidad, así como favorecer la reducción de las discriminaciones sufridas por las mismas. Por lo anterior, la transversalidad de género en las políticas penitenciarias genera la necesidad de asumir el enfoque diferencial, destacando sus características y especificidades en relación con los hombres, maternidad, infancia en prisiones, salud sexual y reproductiva, salud ginecológica, superación de las discriminaciones de género en la formación de vigilantes y personal penitenciario, entre otras (19).

1.1.2 Ejes Particulares:

Con el fin de contextualizar el presente estudio se referencia que en el mundo la población femenina representa el 10% del total de los detenidos (20). En Colombia 8.247 mujeres están privadas de la libertad, lo que equivale a un siete por ciento (7%) de la población carcelaria, algunas de éstas están sindicadas y otras cursando sus condenas (18) El 85% de ellas son madres y más del 50% son cabeza de familia (21).

Por otra parte, y de acuerdo con la información emitida por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC (21) en su informe estadístico de agosto de 2016, en Colombia existen seis establecimientos de reclusión para mujeres, cuya mayor población se encuentra concentrada en la región central (2597) seguida por la occidental (22).

Uno de estos centros, es el Centro de Reclusión el Buen Pastor en Bogotá, establecimiento penitenciario y carcelario que alberga mayor número de mujeres privadas de la libertad en el país. En julio del año 2015 se contabilizaba una población carcelaria de 1.808 reclusas. Este establecimiento, en pro de mejorar las condiciones de las mujeres y garantizar la protección de sus derechos, ha permitido el desarrollo de estudios relacionados con la historia socio familiar de las mujeres, con el fin de profundizar acerca de sus necesidades. Entre los principales resultados se mencionan que el “86% de las mujeres tiene hijos (1 o 2 en promedio) y que el 79% son jefes de hogar; y el 5% convive con su hijo dentro del centro de reclusión y que, de este porcentaje, sólo el 1% permanece con su niño durante todo el día. Los demás pequeños permanecen en la guardería localizada dentro del mismo centro de reclusión” (10)

Es importante mencionar que la investigación pretende identificar los elementos estructurales y particulares en la población privada de la libertad, los cuales son factores relevantes para garantizar el derecho a la salud. Por lo anterior, este estudio tendrá en cuenta de forma integral los diferentes factores que pueden incidir en la salud de las mujeres e hijos pertenecientes al programa materno infantil, a fin de disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil y mejorar las condiciones maternas a través de la caracterización y coordinación de los servicios y programas de salud, teniendo en cuenta los limitantes del contexto penitenciario y carcelario.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A partir de lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación principal:

¿Cuáles son los elementos estructurales y particulares que impiden o promueven el derecho a la salud materno infantil, de acuerdo con la experiencia de mujeres privadas de la libertad ubicadas de la ciudad de Bogotá?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La Salud desde la perspectiva sociológica es un estado en el que se supera el estricto cause individual para convertirse en un asunto social, en el cual la personalidad del individuo, su estilo de vida, las relaciones sociales son codyudantes para mantener la salud o la enfermedad (23). No obstante, es importante mencionar que el concepto ideal de salud corresponde a la que la Organización Mundial de la Salud la cual se encuentra definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, es precisada como un derecho fundamental, lo cual es reconocido desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.(24) En nuestro país la Constitución Política en el artículo 49, establece que se debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional la adecuada promoción, protección y recuperación en salud (12).

Por otra parte, la Constitución de 1991 de Colombia establece por medio del Artículo 49 que *“la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”*, así mismo, en el Artículo 13 establece que *“el Estado, en calidad de Estado Social de Derecho, debe promover las condiciones para que la igualdad tenga implicaciones reales y efectivas (25)*. Lo anterior, define responsabilidades cuya aplicación se deja entre ver en la totalidad de la sociedad colombiana incluida la población privada de la libertad.

Bajo la dos premisas anteriores, se valora la necesidad de realizar una investigación a profundidad que permita identificar los aspectos particulares que pueden incidir en el derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad; y resultante de este proceso, documentar y sugerir la reflexión de los distintos profesionales para que utilicen como insumo esta investigación y de esta manera generen un esquema de trabajo que permita de alguna manera enfrentar los desafíos actuales en salud de este colectivo, relacionados con la concepción y materialización del derecho a la salud de esta población.

Por otra parte, es importante mencionar que profundizar acerca de los elementos macrosociales y microsociales que influyen en la situación de salud de la población privada

de la libertad, es un propósito general que propende generar procesos de concientización para la planificación de actividades preventivas y de promoción en pro- del mejoramiento de la salud de la población privada de la libertad.

De igual forma, el estudio pretende articularse con lo propuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual tiene como finalidad consolidar el concepto de salud como una integralidad resultante de la interacción equilibrada entre las condiciones biológicas, mentales, sociales, culturales y en general el entorno de la población, incluida la privada de la libertad, a fin de garantizar un mejor nivel de bienestar, condición esencial para la vida (26). Así y con lo planteado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Plataforma de Acción de Beijing el cual menciona que al 2030 se debe garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de la mujer sin verse sujeta a la coerción o discriminación (27).

En este estudio específicamente se trabajará con mujeres privadas de la libertad, que se encuentren requeridas por la justicia colombiana, en estado intramural o extramural ubicadas en la ciudad de Bogotá, siendo nuestro interés la identificación y análisis de los elementos estructurales y particulares de la situación en salud materno infantil, a fin de plantear opciones y estrategias que mejoren la calidad de vida de las maternas y sus hijos, teniendo en cuenta además los conceptos de la OMS- Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cual reitera la necesidad de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para el 2030.(26).

La salud materno infantil no solo es importante para disminuir la morbimortalidad si no que se debe pretender mejorar la atención en salud de todas las mujeres y niños, así como se afirma en el siguiente apartado; *“A través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, se puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad.* (27). Por esto es necesario mejorar las estrategias para el cuidado de salud de las madres y de los recién nacidos. Es fundamental fortalecer las intervenciones enfocadas en evidenciar el momento,

el lugar y las causas de las muertes y de este modo crear políticas, programas y herramientas que garanticen a las mujeres y sus niños el derecho a la salud.

Por último, el alcance de este estudio se centrará en la descripción de los elementos estructurales y particulares identificados en la revisión bibliográfica y trabajo en campo, en pro de la comprensión profunda de los diferentes fenómenos que puedan ratificar el concepto social de salud como un estado integral de bienestar y de derecho fundamental, donde el buen vivir se traduce a un ser humano digno con derechos y deberes. Adicionalmente, a través de este, se pretende visibilizar las necesidades integrales en salud de la población femenina privada de la libertad y los avances en las intervenciones con enfoque de género, siendo este, una de las razones, para la búsqueda de respuestas orientadoras para el desarrollo de este trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los elementos estructurales y particulares que promueven e impiden el derecho a la salud materno infantil, según las experiencias de las mujeres privadas de la libertad ubicadas en la ciudad de Bogotá.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el contexto de la política de salud y criminal aplicada a la población privada de la libertad.
2. Reseñar acerca de la normatividad vigente del sistema carcelario y penitenciario a nivel nacional e internacional
3. Identificar los factores de protección y /o desequilibrio en la salud del binomio madre e hijo de las mujeres privadas de la libertad.

4. Establecer un punto de partida para la creación de estrategias que permitan garantizar una atención integral de salud de las mujeres privadas de la libertad.

3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE DE APROXIMACIÓN AL TEMA

En el presente estudio se abordarán ejes temáticos relacionados con la población privada de la libertad y las especificidades del sector penitenciario y carcelario. Dentro de estos ejes temáticos se menciona la salud como un concepto integrador (Físico, Mental y Social) y como derecho fundamental; la política criminal, la legislación del sistema carcelario, el enfoque de género y el programa materno infantil.

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 Derecho a la salud

En el marco de los derechos humanos, se reconocen derechos de segunda y tercera generación concebidos como la garantía que permite el ejercicio pleno de los derechos de primera generación, es decir, el derecho a la vida, a la libertad, a libertades fundamentales sin distinción de raza, sexo, color, idioma, posición social o económica, entre otros. A partir de esta premisa, el derecho a la salud debe ser visto de manera integral y se relaciona con el buen vivir, un concepto que Franco, fundamenta en las garantías de unas políticas sociales que consientan el libre desarrollo, la satisfacción de las necesidades individuales de cada ser, en el tiempo y el ambiente para contribuir a manos y sociedades más armónicas que reflejan el buen vivir de nuestros antepasados. (28)

A partir de esta premisa, en nuestro país, la Constitución de 1991 consideró la salud como un derecho constitucional e irrenunciable, y preciso que la “atención de la salud y el saneamiento ambiental” son “*servicios públicos a cargo del Estado*” y que se debe garantizar a todas las personas el “acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. (11)

Para el caso específico de la población privada de la libertad, el Estado debe asumir la responsabilidad de cuidar de su salud, y garantizar el derecho a su acceso. Según la Corte Constitucional en su sentencia T-686 de 2006 (11). Establece que la garantía del derecho debe incluir varias facetas: *“una faceta preventiva dirigida evitar que se produzca la enfermedad, una faceta reparadora, que tiene efectos curativos de la enfermedad y una faceta mitigadora orientada a amortiguar los efectos negativos de la enfermedad. En este último caso, ya no siempre se busca una recuperación pues a veces esta no se puede lograr. Se trata, más bien, de atenuar, en lo posible, las dolencias físicas que ella produce y de contribuir, también en la medida de lo factible, al bienestar psíquico, emocional y social del afectado con la enfermedad”*.

Por otra parte, Hernández, indica: *“Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad y la reclusión para sancionar a los individuos que transgredían las leyes y las normas, los centros de reclusión han estado indefectiblemente ligados a problemas de higiene y salubridad”* (11)

Adicionalmente, Trujillo, señala la escasez de los estudios sobre enfermedades específicas en cárceles, al tiempo que no se efectúan modelos predictivos sobre una enfermedad infecciosa en un centro de reclusión y las estrategias óptimas de control preventivo. En el contexto de 2010, el estudio concluye pese a *“tener un presupuesto aproximado anual general para salud de 14.200 millones de pesos colombianos (8,2 millones de dólares) que cubre atención intramural, atención extramural, medicamentos, promoción y prevención, enfermedades de alto costo y salud mental, parece ser que no es "rentable" para una EPS tener esta población afiliada, tal vez por el perfil epidemiológico de los centros de reclusión”* (11)

Lo anterior, corrobora que el tema, no ha sido solo objeto de investigaciones y críticas en Colombia, sino que se ha obligado a realizar planteamientos universales, como la de Moscú por parte de la Organización Mundial de la Salud denominada *“Declaración sobre la salud penitenciaria como parte de la salud pública”* que busca instituir entre las naciones que la ratifiquen para el desarrollo de *“estrechos vínculos de trabajo entre el Ministerio de Salud*

y el ministerio responsable del sistema penitenciario de modo que se aseguren altos estándares de tratamiento para los detenidos, la protección del personal y la formación conjunta de profesionales”(11)

En este mismo sentido, obra la llamada Recomendación de Madrid, que llama a los países que la suscriban, “*desarrollar un programa de protección de salud integral dentro de todas las prisiones, aplicando el conocimiento disponible en función de las necesidades y los recursos locales; y para mejorar su monitoreo y evaluación” (27).*

Dado lo anterior y para el caso específico de la mujer, la relatora de las Naciones Unidas contra la violencia de la mujer, afirma se debe contribuir a un sistema de asistencia sanitaria específico para la mujer, que haga hincapié en la salud reproductiva, la salud mental, el abuso de sustancias tóxicas y el asesoramiento a las víctimas de malos tratos y abusos sexuales, entre otros, (28) En el fin de generar políticas que aborden y materialicen los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios.

3.1.2. Política criminal

Según el informe de la Comisión Asesora De Política Criminal, establece que la naturaleza de la política criminal identifica tres fases, la primera tiene que ver con la “*criminalización primaria*” o definición de un comportamiento como delito, que es su fase legislativa; la segunda que se vincula con la “*criminalización secundaria*”, que se equipara con la determinación de un individuo como responsable de un crimen ya establecido por la ley, que es el problema de la judicialización o investigación criminal de los hechos punibles; y finalmente la tercera “*criminalización terciaria*”, que corresponde con la ejecución y el cumplimiento de la sanción penal por parte de una persona declarada responsable de un crimen, que es la fase de ejecución penitenciaria (16)

Con respecto a este tema, es importante mencionar que en Colombia se está avanzando en la minimización de la intervención punitiva del Estado, en pro de que la protección de los derechos humanos se garantice por vías distintas a la penal, como la política social, las

políticas preventivas o el uso de mecanismos administrativos de control entre otras herramientas viables (16)

Por otra parte, la política criminal, no solo debe suplir el cumplimiento de los derechos humanos sino los tres principios transversales: primero, los principios de igualdad y de no discriminación, según los cuales las políticas no deben ser en sí mismas discriminatorias ni deben tener efectos discriminatorios, por lo que deben ser respetuosas a las diferencias culturales, de género o etnias; segundo, los principios de participación y, según el cual las políticas públicas deben esforzarse por tomar en consideración las visiones de sus destinatarios y por incrementar las capacidades de las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad; y tercero los principios de transparencia y rendición de cuentas, por lo que las políticas públicas deben ser ejecutadas de tal manera que puedan ser monitoreadas por la propia población. (23)

Esta política no sólo hace referencia a que se cumplan los derechos humanos, incluye los tres principios transversales. El primero de ellos la igualdad y no discriminación debiendo ser respetuoso de las diferencias culturales, de género o etnias. El segundo principio de participación en donde las políticas públicas toman en consideración las visiones de sus destinatarios y fomenta las capacidades de las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Y por último el principio de transparencia y rendición de cuentas en donde las políticas públicas deben ser ejecutadas de tal manera que puedan ser monitoreadas por la propia población (22).

Para el caso específico de las mujeres, la política criminal debe contemplar una perspectiva de género y de derechos humanos, fundamentada en las obligaciones internacionales adquiridas por Colombia, en especial al ratificar la “*Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*”(29) En íntima relación con la “*Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*”, también conocida como CEDAW, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979.(29)

Este enfoque diferencial de género permite de alguna forma visibilizar las situaciones de discriminación de las mujeres y a su vez, en la política criminal diferencial se abre la posibilidad de implementar medidas correspondientes para prevenir y contribuir a la erradicación de esas situaciones discriminatorias.

Por otra parte, de acuerdo a las recomendaciones dadas por la comisión internacional de política criminal, se indica que en Colombia se hace prioritario la incorporación de la perspectiva de género en la realidad carcelaria, dado que la problemática de las mujeres es agravante, teniendo en cuenta que estadísticamente es una población inferior a la de los hombres, lo cual tiene como consecuencias entre otras el inadecuado diseño de los establecimientos, lineamientos discriminatorios para temas como las visitas conyugales, la situación de niños y niñas que deben vivir en prisión con sus madres, las necesidades particulares de las mujeres en materia de salud, especialmente salud reproductiva, por citar algunos temas.(16)

Dado lo anterior, y siendo consecuente con las recomendaciones internacionales con respecto a la implementación de política criminal, en nuestro país se presentan avances como el de la reforma al código penitenciario y carcelario, el cual, en materia de derechos humanos establece el enfoque diferencial en materia de género, edad, grupo étnico, entre otros, y para el caso específico de las de las mujeres hace especial hincapié en la normativa en el aspecto de la maternidad–, el cual establece que los centros penitenciarios deberán contar con una infraestructura que garantice un adecuado desarrollo del embarazo en las mujeres gestantes, ya sean sindicadas o condenadas. (30).

Así mismo, la ley 1709 /2014, por medio de la cual se reforman algunos artículos de la ley 65 (1993), de la Ley 599 (2000) y de la ley 55 (1985) establece en su art. 11 la clasificación penitenciaria, donde en el numeral 7 se expresa que deben posibilitarse cárceles y penitenciarías para mujeres; así mismo, en el art. 12 se contempla las cárceles y pabellones de detención preventiva, especialmente para las madres; así como centros de arraigo transitorio para aquellas en situación preventiva, que no presenten domicilio definido o con

arraigo familiar o social, y para las mujeres que cumplan su condena en establecimientos de reclusión de alta seguridad. (30)

Por otra parte, la ley 750 de 2002, contempla los asuntos relacionados con la prisión domiciliaria y el trabajo comunitario para la mujer infractora cabeza de familia, posibilitando el cumplimiento de la pena privativa de la libertad en el lugar de su residencia o, en el lugar señalado por el juez, si la víctima de la conducta punible reside en el mismo lugar. Lo anterior siempre que se cumplan los requisitos establecidos en la presente ley. De igual forma, se establece que la mujer cabeza de familia podrá desarrollar trabajo comunitario como aseo y reforestación, dentro del perímetro del centro penitenciario o en su lugar de residencia. El tiempo de trabajo comunitario contará para redimir (31)

3.1.3 Las Mujeres privadas de la Libertad: Salud y Perspectiva de Género

La “*cárcel*” tiene un significado muy diferente entre hombres y mujeres, dado los roles sociales que cada uno desarrolla, es por ello, que este apartado es línea base para conocer y comprender la posición de la mujer privada de la libertad en nuestra sociedad. Antony manifiesta que “*uno de los aspectos más traumáticos para las mujeres privadas de su libertad lo constituye la pérdida de sus hijos. La preocupación por ellos está presente en toda su vida carcelaria y en muchas ocasiones se convierte en una verdadera obsesión*” (5), es por ello por lo que se reproducen vínculos maternos que generan dependencia, sumisión y en algunos casos sacrificio. Es así como, la legislación en algunos casos contempla la posibilidad de que los hijos menores permanezcan con sus madres por un periodo que va desde su nacimiento hasta los tres o cuatro años, no obstante, los espacios destinados para tal fin no cuentan con las condiciones necesarias para brindar este servicio (5).

Por su parte, Fletscher (32) establece una estrecha relación entre el enfoque de género y la salud pública, y afirma que a partir de esta dimensión se puede generar una mayor posibilidad para el empoderamiento de la población frente a los denominado determinantes sociales de su salud. Lo anterior, genera la necesidad de realizar un análisis de género en las

intervenciones de salud no como una variable demográfica, sino abordarla desde el enfoque de derechos, el cual pretende involucrar al Estado en cumplimiento de sus obligaciones de respetar, proteger y garantizar la existencia de condiciones institucionales que garanticen la universalidad, integralidad, exigibilidad, igualdad y no discriminación, participación y progresividad en las políticas públicas, permite que las personas puedan ejercer de manera efectiva su derecho a la educación, a la salud y a la libertad de expresión.

Según el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “El género se define como los significados sociales que se confieren a las diferencias biológicas entre los sexos. Es un producto ideológico y cultural, aunque también se reproduce en el ámbito de las prácticas físicas; a su vez, influye en los resultados de tales prácticas. Afecta la distribución de los recursos, la riqueza, el trabajo, la adopción de decisiones y el poder político, y el disfrute de los derechos dentro de la familia y en la vida pública. Pese a las variantes que existen según las culturas y la época, las relaciones de género en todo el mundo entrañan una asimetría de poder entre el hombre y la mujer como característica profunda. Así pues, el género produce vetas sociales y, en ese sentido, se asemeja a otras fuentes de discriminación como la raza, la clase, la etnicidad, la sexualidad y la edad. Nos ayuda a comprender la estructura social de la identidad de las personas según su género y la distribución desigual del poder vinculada a la relación entre los sexos” (33).

Es así, como la perspectiva de género constituye una categoría de análisis que pretende minimizar las desigualdades y las inequidades existentes entre hombres y mujeres, propiciando el libre desarrollo de sus capacidades personales y su toma de decisión

La necesidad de poner el género como principio estructural de todas las sociedades nos da la oportunidad de establecer la importancia de que en todas las sociedades, instituciones y organizaciones deberían garantizar la perspectiva de género como factor principal de cada uno de sus procesos, con el fin de generar un trato equitativo entre hombres y mujeres, permitiendo la participación democrática, social, económica, legal de todos los seres humanos de la misma manera.

Es por esto necesario, trabajar con un enfoque de género, que permita generar equidad en cada uno de los procesos programas, políticas en pro de la salud de las poblaciones, con el fin de generar justicia social permitiendo a cada individuo el pleno desarrollo humano en cada una de las etapas del ciclo vital, en este caso en las mujeres en estado de gestación y en el recién nacido o primer infante..

Por otra parte, desde la política creada por la OMS “Política de la OMS en materia de género” es posible determinar que la integración de la perspectiva de género en la parte sanitaria obedece a los criterios de salud pública que buscan garantizar la salud de todos los seres humanos desde diferentes puntos de vista. (31). De esta manera y como lo deja en claro la política se contribuirá a aumentar la cobertura, la eficiencia, eficacia y se generará un mayor impacto en las intervenciones sanitarias para mujeres y hombres y de esta manera también se contribuirá a alcanzar el objetivo de las Naciones Unidas sobre la Justicia Social.

Para la OMS *“la dinámica del género en la esfera sanitaria tiene profundas repercusiones a este respecto y ha pasado largos años sin recibir la atención que merece”* (31). La OMS justifica su política debido a los roles construidos por la sociedad para hombres y mujeres en distintos contextos sociales, los cuales han creado diferencias en las oportunidades, recursos y en la capacidad de unos y otras para adoptar decisiones y disfrutar de los derechos humanos inclusive los relacionados con la protección de la salud y la demanda de atención en caso de enfermedad. La adquisición de estas funciones y la interacción con variables sociales y económicas generan desigualdades, los riesgos en salud son diferentes e inequitativos, manifestándose en el acceso a los servicios de salud.

Por todo lo anterior la OMS, junto con las Naciones Unidas determina *“la incorporación de la perspectiva de género pase a ser la práctica corriente en todas las políticas y los programas”* (31). La política de la Organización será velar por que todas las investigaciones, las políticas, los proyectos, los programas y las iniciativas en que participe la OMS

incorporen las cuestiones de género, tal y como se afirma claramente en el marco de política del presupuesto por programas para 2002-2003. (31)

Es por esto necesario, trabajar con un enfoque de género, que permita generar equidad en cada uno de los procesos programas, políticas en pro de la salud de las poblaciones, con el fin de generar justicia social permitiendo a cada individuo el pleno desarrollo humano en cada una de las etapas del ciclo vital, en este caso en las mujeres en estado de gestación y en el recién nacido o primer infante. Adicionalmente, Las intervenciones de salud con enfoque de género visibilizan y garantizan una mejor forma de solucionar las problemáticas sociales de las mujeres en diferentes edades, a su vez integran las necesidades de hombre y mujeres en todas las fases de desarrollo y de esta forma fortalecen el componente de equidad e igualdad en las políticas y programas de salud pública

Asociado a lo anterior, un estudio “enfoque de género en salud, su importancia en la APS” se determinó que la categoría analítica de género tiene tres características: es relacional dado que no se refiere a mujeres y hombres de forma aislada, sino a las relaciones entre unos y otros y a la manera en que estas relaciones se constituyen socialmente; es jerárquica por las diferencias que se establecen entre mujeres y hombres lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con lo masculino y producir por ende, relaciones desiguales de poder; e histórica ya que se nutre de elementos mutantes en el tiempo y en el espacio, por tanto, son elementos susceptibles de cambio a través de intervenciones. De igual forma, es contextualmente específica porque existen variaciones en el interior de las relaciones de género que subrayan la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad en el análisis de género. (34)

Para la condición de género en salud, lo más importante no es solo el cálculo y la interpretación del indicador por sexo si no la búsqueda de las razones que provocan las inequidades. En este sentido los estudios con perspectiva de género permiten acercarnos a las brechas existentes en la inequidad de género y favorecen la generación de herramientas políticas a través de las cuales generar escenarios propicios para el desarrollo de

oportunidades para las mujeres como sujetos de derechos re-significando su subjetividad y, por ende, sus posibilidades en todas las dimensiones sociales (32).

3.1.4 Salud sexual y reproductiva: Programa Materno Infantil para la PPL

Según la Organización Mundial de la Salud, *“La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”*. En el contexto histórico, la salud sexual y reproductiva de las mujeres se caracteriza por impedimento para tomar decisiones sobre sí mismas y sobre sus cuerpos; es así, como la sexualidad ha sido limitada por tabúes o reglas morales preconcebidas impuestas por la sociedad. Fletscher, en su artículo salud en el cuerpo de las mujeres refiere que *“la magnificación de la maternidad permite leer la mezcla de diversas variables en la asignación histórica de las mujeres a las funciones reproductivas; la disminución de su cuerpo a esta capacidad meramente biológica, y de allí, la relegación de su ciudadanía a ser madres, cuidadoras y las responsables de los trabajos domésticos”* (32)

En el caso de las mujeres privadas de la libertad, la realidad carcelaria es aún más desoladora dado que la salud sexual y reproductiva, se reduce a la intervención de los entes de salud a través de asesorías y pruebas rápidas para VIH, entrega de preservativos, material comunicativo o pruebas rápidas para hepatitis B, lo cual supone una grave situación de riesgo específico, especialmente vulnerable para las mujeres y madres. (35) Sumado a lo anterior la penitenciaría no cuenta con el espacio, ni brinda la atención específica, lo cual supone una grave situación de riesgo, especialmente vulnerable para las mujeres que son madres (35).

Otro factor determinante para las mujeres privadas de la libertad, son las necesidades familiares ya que por lo general existen rupturas familiares a causa de las restricciones con las visitas (horarios rígidos, inflexibles, normativas inadecuadas, tales como que los menores de 12 a 18 años deban ser acompañados por el padre o la madre, y a veces no existe esa figura). Por otra parte, la limitante para la recepción de las visitas íntimas,

independientemente de que la familia sea conformada, estable o no, de tipo homosexual o heterosexual.

Para el caso de las mujeres gestantes, sindicadas o condenadas, no se cuenta con infraestructura adecuada que permita el adecuado desarrollo del embarazo, al igual que se debería contar con un ambiente propicio para madres lactantes, que propenda por el correcto desarrollo psicosocial de los niños y niñas menores de tres años (133 infantes en enero del 2014) (18).

Por lo anterior, se hace necesario que la salud sexual y reproductiva de las mujeres permita entre otros: el reconocimiento de la libre opción a la orientación sexual y la identidad de género de las mujeres, con respeto a su diversidad; el reconocimiento de las mujeres como seres autónomos en los procesos que conciernen directamente a su cuerpo; y la generación de estrategias para promocionar el autocuidado, pues ha sido catalogado como obligación femenina y, por ende, como impropio para los varones (32).

Con relación a la atención materno infantil y desde un enfoque de derechos, Fletscher describe que es fundamental conceptualizar la estrategia de la “familia gestante” en donde se coloca en relevancia la necesidad de ser acompañadas en la responsabilidad de la gestación, asumiendo de manera compartida los cambios consecuentes de tal situación. (32)

3.2 ESTADO DEL ARTE

La investigación documental, que se realiza en este apartado, es una revisión documental que incluye estudios a nivel nacional e internacional, que permiten contextualizar temas relacionados el Sistema penitenciario y Carcelario, en el cual se abordan temas como la situación sanitaria de las prisiones, el derecho a la salud, el enfoque de género, y para el caso específico de nuestro estudio, los programas materno infantil implementados. Por último, se describe la legislación vigente de salud en nuestro país para la población privada de la libertad.

3.2.1 Prisión: Asistencia Sanitaria

En la revisión bibliográfica realizada se encontró que la mayoría de los artículos sobre el derecho a la Salud se relaciona principalmente con el acceso a los servicios de salud y para la población privada de la libertad (PPL) coinciden en que la adecuada asistencia sanitaria se encuentra limitada por unas características propias diferenciadas de la población en general derivadas del lugar, y que el perfil sociodemográfico de los internos en su mayoría procede de grupos marginados, con problemas de salud asociados a las inadecuadas condiciones sanitarias, a la deficiente alimentación, y a la pobreza entre otros, como las enfermedades crónicas, transmisibles, mentales (ansiedad, entre otros), y las relacionadas con salud oral y un alto consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.(36)

En los países latinoamericanos las experiencias son diversas y aunque se observan avances, éstos, en su gran mayoría se encuentran limitados por la disponibilidad de recursos. Lo anterior, es de mayor criticidad para lo relacionado con la prestación de servicios de salud a las mujeres y en especial a los relacionado con los programas Materno-infantiles. (36)

3.2.2. Mujeres y prisión: Derecho a la Salud Materno Infantil en las generalidades del contexto penitenciario y carcelario

Para la población reclusa femenina, la literatura destaca que, en Colombia, los centros de reclusión creados a partir de 1955 reconocen a la mujer como madre y presenta sinónimos de mujer-familia estableciendo así que las únicas necesidades reconocidas se encuentran en función de la maternidad (21). Por lo anterior, se deja entre ver un vacío en el enfoque de género, lo cual invisibiliza la situación y problemática de las mujeres privadas de libertad.

A nivel Internacional y nacional la información sobre este tema es muy reducida de la salud materno infantil, por lo que el abordaje de esta temática se contextualiza a partir de los datos obtenidos a nivel general relacionada con los casos de mortalidad y morbilidad perinatal y

algunas descripciones generales de la situación materna en los establecimientos penitenciarios.

Con relación a la maternidad, se observa que varias instituciones penitenciarias, a pesar de lo establecido en las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos en los establecimientos penitenciarios, no cuentan con guarderías, ni espacios definidos para fortalecer el vínculo maternal. Ligado a lo anterior, la Comisión Especial de políticas carcelarias para América Latina del Parlamento Latinoamericano en su informe de marzo de 1999 estableció que el problema fundamental de las prisiones de mujeres, lo constituye la presencia de niños, hijos de las reclusas, que conviven con ellas hasta muy diferentes edades. En algunos casos, se separan al finalizar la lactancia, a los tres años o en casos extremos se ha comprobado que los niños nunca han recibido leche materna (21). Cabe anotar, que esta situación prevalece en la actualidad.

Según estudio de Mejía (37) en Colombia, en el establecimiento del Buen Pastor en Medellín se identificó que a Junio del 2009, el establecimiento contaba con servicios de consulta médica general, toma de muestras para laboratorio clínico, suministro de medicamentos, controles y atención en embarazo, atención al recién nacido, servicios odontológicos y programas de promoción y prevención; no obstante, estos servicios se prestan en horarios limitados por número de días y horas, con escasa disponibilidad de recurso humano idóneo.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se desarrolló bajo los parámetros de una investigación cualitativa dado que nos permitió conocer la manera en que las participantes entienden el derecho salud y comprenden sus vivencias alrededor de este tema. Asimismo, permitió abordar las dimensiones objetivas y subjetivas de la acción en el contexto penitenciario y carcelario.

4.2 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque planteado es sociohistórico soportado en un método cualitativo de tipo etnográfico en donde se utilizan herramientas como la entrevista, la observación participante, el análisis documental y el diario de campo.

Este enfoque se fundamenta en el proceso de apropiación de la información (reconocimiento/construcción de los marcos interpretativos (38), para la transformación de la realidad, desde la perspectiva de cada participante. Para el caso específico de este estudio, se pretendió identificar y comprender el proceso de salud-enfermedad del binomio madre e hijo de la población privada de la libertad y la interacción de su relación con el contexto penitenciario.

Por otra parte, con la finalidad de profundizar acerca de la metodología implementada, se presenta descriptivamente la forma en que se realizó la recolección de los datos, el tamaño de la población, la organización del trabajo en campo, el análisis de la información y las estrategias para garantizar el rigor de la información:

4.2.1 Recolección de los datos

Para la identificación de los elementos estructurales, a la luz del derecho a la salud y el enfoque de género, se realizó un análisis documental enfocado en temáticas relacionadas con política en salud para personas privadas de la libertad, política de atención materno infantil y política criminal para las mujeres (enfoque de género).

De igual forma, se entrevistó a expertos: personas que han tenido mayor acercamiento a esta temática desde el ámbito carcelario y penitenciario, quienes aportaron información que nos permitió complementar los datos obtenidos a través de la revisión bibliográfica y de las entrevistas a la población estudio.

Para la caracterización de los elementos particulares, se realizaron entrevistas a mujeres privadas de la libertad en estado intramural o extramural, ubicadas en la ciudad de Bogotá los cuales nos permitieron mayor expresión de las vivencias cotidianas de los participantes en pro de lograr un análisis de mayor profundidad frente al derecho de la salud.

La observación participante, complementó la información obtenida, al permitir la identificación y el análisis de asuntos que las demás técnicas no permiten abordar pero que son pertinentes en los espacios de interacción con las personas privadas de la libertad.

4.2.2 Población:

Los principales criterios de inclusión corresponden a mujeres privadas de la libertad que se encontraban en un rango de edad entre los 18 y 65 años, y se ubicaban en estado de confinamiento intramural y extramural ubicadas en la ciudad de Bogotá. No obstante, dado las dificultades para acceder a la población, se amplió el criterio a mujeres post penadas, las cuales fueron identificadas mediante organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (fundaciones), que por voluntad propia quisieron participar en el estudio.

Por otra parte, dado las dificultades mencionadas, la búsqueda de nuestra población de estudio se realizó con el apoyo de la técnica conocida como “*bola de nieve*”, y se empleó una muestra teórica, con un tamaño a definir de acuerdo con la saturación de las categorías de análisis propuestas.

Entre los expertos a entrevistar se contactó a académicos que han abordado el tema de derechos sociales, económicos y culturales de la población carcelaria.

4.2.3 Organización del trabajo en campo

El trabajo en campo se desarrolló en tres fases:

a) Fase de acercamiento con la población estudio:

Es la etapa donde se realizó las actividades relacionadas con la concertación de citas, permisos entre otros, con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de acceder a la población privada de la libertad. Asimismo, se realizó contacto con expertos del tema.

Cabe anotar, que, en esta etapa, también se desarrollaron las actividades de revisión y análisis documental.

b) Fase de implementación de técnicas de investigación: Esta etapa inició a partir de las entrevistas, lo cual se llevó a cabo en pareja por parte de las investigadoras. Lo anterior, a fin de garantizar los roles previamente definidos, que se relacionan con la interacción verbal con el entrevistado y a su vez con el registro de información resultante de la observación y de la comunicación no verbal.

Los instrumentos utilizados se relacionan con un formato de entrevista con preguntas semiestructuradas y un diario que permitió recopilar la mayoría de los aspectos que influyen en la realidad humana, bajo el contexto penitenciario y carcelario.

c) Recopilación preliminar: En esta etapa se consideró la sistematización de la información resultante del trabajo documental de manera progresiva, lo cual se completó y precisó a partir del contacto con las personas y situaciones fuentes de datos.

4.2.4 Análisis de la información:

Para el análisis documental se realizó la verificación de los documentos disponibles y se seleccionó de acuerdo con la pertinencia de la investigación. Posteriormente, se procedió a realizar la transcripción de las entrevistas y a organizar la información en un índice analítico categorizado por criterios conceptuales como: características sociodemográficas de los participantes del estudio; identificación del contexto penitenciario y carcelario a nivel nacional, descripción de las particularidades de la política criminal en especial para las

mujeres; vivencia, interpretación y aplicación del derecho a la salud para las mujeres privadas de la libertad, en especial resaltando el desarrollo del programa materno infantil; y la definición de las redes de apoyo y autocuidado que generan las mujeres recluidas en el contexto penitenciario y carcelario. Lo anterior, permitió extraer elementos de análisis que identifican patrones, tendencias, convergencias y contradicciones.

Consecutivamente, se procedió a triangular la información mediante una codificación manual, que permitió contrastar los datos recopilados en la revisión bibliográfica, el diario de campo, la observación directa y las entrevistas a cada uno de los participantes de este estudio (extramural y post penadas y expertos).

Aunado a lo anterior, los resultados se contrastaron con el concepto sociológico de Pierre Bourdieu (herramienta teórica-metodológica), el cual contempla la salud como una construcción social que involucra aspectos macrosociales y microsociales, que para este estudio, de manera específica se denominan elementos Estructurales y particulares, los cuales, para el primer caso corresponden a la forma como está construida socialmente nuestra sociedad, las instituciones, normas y los procesos históricos que enmarcan el sector penitenciario y carcelario; y los elementos particulares se relacionan con las experiencias individuales y la interacción de cada una de las vivencias con la sociedad.

4.2.5 Estrategias para garantizar el rigor de la información:

A fin de garantizar la credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad se aplicaron las siguientes estrategias: observación continua, triangulación de los datos recopilados por las investigadoras, solicitud de retroalimentación por las participantes, identificación de los roles de cada investigadora, sistematización rigurosa de los datos, descripción exhaustiva de los datos recopilados en campo, crítica documental por cada investigadora de la información recopilada en la revisión bibliográfica y de campo, uso de pistas de revisión (diario de campo, notas de entrevistas) y transcripciones textuales de las entrevistas.

4.3 POBLACIÓN DE REFERENCIA

Mujeres privadas de la libertad en confinamiento intramural y extramural ubicadas en la ciudad de Bogotá. El acercamiento a dichas mujeres privadas de la libertad se realizó a través de entidades públicas y privadas relacionadas con esta población.

4.4 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

4.4.1 Categorías Teóricas

- Derecho a la salud.
- Política criminal
- Enfoque de género
- Salud materno infantil.

4.4.2 Categorías emergentes

- Acceso
- Oportunidad
- Convivencia
- Integralidad
- Buen Vivir
- Calidad de los servicios

5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo está inmerso en las normas y bases éticas, legales y jurídicas utilizados para la investigación en seres humanos vigentes: Declaración de Helsinki (39) sobre los principios éticos y jurídicos para las investigaciones realizadas en seres humanos, teniendo en cuenta así también la legislación nacional Resolución 8430 de 1993 según esta resolución se considera que este estudio es de riesgo mínimo ya que no se modificarán las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el mismo.

Para este estudio, se solicitó el aval de las personas participantes involucrados durante la investigación, los cuales serán debidamente informados de los objetivos, métodos y propósitos de la investigación, se les asegurara la protección de su identidad e información suministrada si así ellos lo quieren y también se ofreció respeto a los participantes en caso de rehusarse a brindar información.

Adicionalmente, se aplicaron las pautas éticas internacionales para la realización de investigaciones en grupos vulnerables, para lo cual se solicitará las autorizaciones necesarias de la institución encargada de la seguridad de las personas privadas de la libertad, previo al consentimiento informado individual de cada participante.

Otro asunto importante es el 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 determina que esta investigación presenta riesgo mínimo, dado que no someterá a la población de estudio a ningún tipo de pruebas experimentales u otras que afecten su integridad física o mental. Únicamente se empleó técnicas de investigación como las entrevistas y la observación participante.

No obstante, en caso de que se identificara una situación de riesgo para la salud mental del participante debido a la aplicación de estas técnicas, se llevó a cabo una ruta de atención psicológica y/o psiquiátrica, establecida por el área de Sanidad del establecimiento penitenciario y carcelario; para el caso de los participantes que se encuentren en estado de privación extramural, se planteó brindar los primeros auxilios mentales dado la competencia profesional de una de las investigadoras (enfermera) y posteriormente, se proyectó aplicar el protocolo de reporte y traslado a centro asistencial. Se debe aclarar que durante la interacción con cada uno de los sujetos de la investigación no se presentó ninguna calamidad o situación que implicara la aplicación de la ruta de atención.

Sobre el consentimiento informado (Artículo 14 y 15), se solicitó la autorización de las mujeres gestantes y madres mediante la firma de un consentimiento informado, en el cual se especificó la realización del estudio y la confidencialidad de la información, teniendo como premisa la privacidad de los datos. También se tuvo en cuenta el disentimiento informado,

en el cual se dejó claro que las mujeres son libres de retirarse de la investigación en el momento en que así lo deseen.

Por último, es importante mencionar que la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad y de forma permanente mantuvo la premisa de la intimidad y confidencialidad de los datos; y se deja claro dentro de la investigación que no generará ningún tipo de beneficio económico, ni existe ningún conflicto de interés.

6. RESULTADOS

6.1. Generalidades

En el siguiente apartado se presentan los resultados de esta investigación, para lo cual se tendrá en cuenta una breve descripción de las características de la población y su relevancia para analizar las categorías fundamentales de este trabajo.

Adicionalmente, se socializarán los elementos estructurales y particulares identificados en el transcurso de la investigación para cada una de las categorías de análisis planteadas, los cuales corresponden a: la Política criminal, el Derecho a la Salud y la Salud Materno Infantil, con un enfoque transversalidad de género.

Por otra parte y con la finalidad de facilitar el proceso de interpretación de los resultados, es importante indicar que el estudio presentó dificultades en la ejecución del mismo, relacionadas con el acceso a la población privada de la libertad por barreras administrativas, de seguridad y sociales que se desarrollan en el sistema penitenciario y carcelario de nuestro país. Adicionalmente, por la connotación socialmente estigmatizadora que tienen las personas privadas de la libertad en la sociedad colombiana.

6.1.1 Población Objetivo y categorías de análisis:

Se entrevistaron 7 mujeres privadas de la libertad en confinamiento extramural y pospenadas ubicadas en la ciudad de Bogotá y se contó con la participación de expertos en esta temática. Uno de ellos trabajó el tema mujeres privadas de la libertad en la ciudad de Cartagena, y el otro experto es un académico que estuvo en prisión intramuros y ha analizado la política

criminal del país y el contexto social de las personas que se encuentran o estuvieron privadas de la libertad. Adicionalmente, se contó con la participación de un líder social que actualmente a través de su fundación trabaja por dignificar las vidas de las personas privadas de la libertad y sus familias.

Con estas personas se realizaron entrevistas semiestructuradas que se fundamentaron en las cuatro categorías de análisis (Derecho a la salud, Política criminal, Enfoque de género, Salud Materno Infantil) Una de éstas tiene como característica fundamental la transversalidad, y es el enfoque de género, el cual nos brinda una perspectiva clara de cómo acercarse al contexto y establecer diferentes elementos que hacen parte de las mujeres privadas de la libertad en Bogotá. Esta categoría se articula con las otras categorías de análisis porque brinda una visión general de la mujer y la trayectoria que ha transcurrido para lograr una vía de acción que corresponde a la mujer privada de la libertad.

Otra categoría de análisis es el Derecho a la Salud, categoría fundamental para este estudio porque permite evidenciar de qué manera se garantiza el derecho a la salud para las mujeres privadas de la libertad en Bogotá. Por otra parte, la Política Criminal es una categoría de análisis que tiene como objetivo profundizar acerca de las leyes que regulan las dinámicas internas ejercidas, lo cual permite generar estrategias que promuevan el bienestar de las mujeres privadas de la libertad.

La cuarta categoría, es la Salud Materno Infantil, misma que permite observar el contexto general del binomio madre e hijo e identificar ciertas situaciones particulares que deben vivenciar las mujeres privadas de la libertad.

A continuación, se detallan los elementos estructurales y particulares en esta investigación.

6.2. Elementos Estructurales:

En este apartado se relacionan los principales aportes bibliográficos identificados para cada una de las categorías analíticas planteadas en este estudio; lo anterior, con la finalidad de facilitar la comprensión de algunos elementos que se correlacionan en el sector penitenciario y carcelario a nivel nacional e internacional. Adicionalmente, permitirá comprender los

aspectos particulares que influyen en el derecho de la salud de las mujeres privadas de la libertad.

En la tabla No 1, se detallan el marco normativo consultado por cada categoría a nivel internacional y nacional:

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	NORMA CONSULTADA PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD	TEMÁTICA
Derecho a la salud desde la perspectiva de la Política Criminal	Convención de Belém do Pará	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer
	Sentencia C-646 de 2001- Corte Constitucional	Definición política criminal
	Informes de la Comisión Asesora de Política Criminal del Estado Colombiano.	Lineamientos de la política criminal colombiana
	Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Raxcacó Reyes vs. Guatemala, sentencia de 15 de septiembre de 2005	Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos
Enfoque de Género	“Convención de Belém do Pará”	Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer
	Ley 1009 de 2006	Creación con carácter permanente el Observatorio de Asuntos de Género.
Derecho a la Salud	Ley 1751 de 2015	Ley Estatutaria de Salud
	Sentencia T-153/98	Estado de cosas inconstitucional en el sistema penitenciario y carcelario
	Resolución 5159 de 2015	Adopción del Modelo de Atención en Salud para la población

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	NORMA CONSULTADA PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD	TEMÁTICA
		privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC
	Resolución 4886 de 2018	Política de Salud Mental
	Plan Decenal de salud 2012-2021	Concepto de salud como una integralidad de las condiciones biológicas, mentales, sociales, culturales
	Objetivos de Desarrollo Sostenible	Acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de la mujer
	T-686 de 2006	Sentencia relacionada con el derecho a la continuidad en el servicio de salud.
Política Criminal, Derecho a la Salud, Enfoque de género	Ley 1709 de 2014	Ley que reforma artículos de la Ley 65 de 1993 de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones. (Código penitenciario y carcelario)

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de la revisión bibliográfica

A partir de lo citado en la tabla No 1, es preciso describir el contenido de los principales marcos normativos de cada una de las categorías de análisis, a fin de contextualizar y profundizar a cerca de la realidad penitenciaria y carcelaria para las personas privadas de la libertad, en especial las mujeres.

6.2.1 El derecho de la Salud visto desde perspectiva de política Criminal y enfoque de Género

El programa de Naciones Unidas (PNUD), en uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (objetivo 16) planteó la necesidad de “*Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas*”, mediante el establecimiento de normas más eficientes y transparentes, en pro de la protección de los derechos individuales, es por ello que la política criminal se debe enmarcar

disposiciones legales que garanticen los derechos humanos y que contribuyan al desarrollo de las mujeres de forma integral (física, mental y social) en iguales posibilidades y oportunidades.

En el contexto internacional, la política criminal se encuentra delimitada por los tratados y/o convenciones que regularmente se emplean como mecanismos para garantizar su implementación en cada Estado y la vigilancia por parte de la comunidad internacional.

Según la Secretaria General de las Naciones Unidas, los tratados y convenciones abordan temas tan variados como: prohibición de la esclavitud y la trata de esclavos; represión y sanción de la trata de personas, el tráfico ilícito de migrantes y el tráfico ilícito de armas; y los calificados como relativos a los "*derechos humanos*", relacionados con el genocidio, tortura, tráfico ilícito de estupefacientes, "trata de personas" entre otros. Lo anterior, se encuentra consolidado en la compilación de Bassiouni, "*quien ha identificado en el derecho convencional 260 tratados relativos al derecho penal, entre los cuales 57 declaran una conducta como un crimen de trascendencia internacional, 183 contienen la obligación de perseguir o castigar una conducta, y 85 prevén expresamente la criminalización de una conducta*" (40).

Para el caso específico de la mujer, en el ámbito latinoamericano, el reconocimiento de los derechos humanos se deriva la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como la Convención de Belém do Pará, e cual define la violencia contra la mujer como "*cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado*" (art. 1) y obliga a los Estados parte a adoptar medidas para erradicar la violencia contra las mujeres cometida en cualquiera de los ámbitos de su vida y entendida como una grave violación de sus derechos humanos"(29) En consecuencia, una política criminal debe fundamentarse en el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres y bajo estándares internacionales para (a) la prevención de la violencia contra las mujeres; (b) la atención y protección de las mujeres víctimas de violencia; (c) los derechos de la mujer víctima en el proceso penal; (d) la debida diligencia

en la investigación de la violencia contra las mujeres; y (e) la reparación de las mujeres víctimas de violencia.(29)

En un Estado social de derecho como Colombia, la política criminal desde el punto de vista constitucional, se funda en unos principios normativos, tanto constitucionales como de derechos humanos (16) al estar enmarcada por los lineamientos de diferentes entes es importante que en su diseño e implementación se establezca una efectiva coordinación entre las diferentes entidades e instituciones que deben intervenir en la prevención, reacción, investigación, procesamiento y sanción de la criminalidad, así como en la fase de ejecución de las penas y en la aplicación de medidas no penales que tiendan a la prevención de conductas lesivas de los derechos ciudadanos.

La política criminal se asocia fundamentalmente al funcionamiento del sistema penal, por lo cual existe una coincidencia con la política penal, en sus tres niveles: criminalización primaria, esto es, construcción y definición de las normas y estrategias penales; criminalización secundaria, es decir, los procesos de investigación y judicialización, y criminalización terciaria, que se concentra fundamentalmente en la ejecución de las sanciones penales, ya sea en centros penitenciarios, o las distintas medidas contempladas en el marco de la Ley 1098 de 2006.(12)

En nuestro país, La Corte Constitucional a través de la sentencia C-646 de 2001 definió la política criminal como *“el conjunto de respuestas que un Estado estima necesario adoptar para hacerle frente a conductas consideradas reprochables o causantes de perjuicio social con el fin de garantizar la protección de los intereses esenciales del Estado y de los derechos de los residentes en el territorio bajo su jurisdicción. Dicho conjunto de respuestas puede ser de la más variada índole”* (12) a partir de lo anterior, el gobierno en el 2011 creó la Comisión Asesora de Política Criminal del Estado Colombiano, teniendo como objetivo primordial diseñar lineamientos de lo que era y debía ser la política criminal.

Entre los principales retos de esta comisión se plantea: 1) dar respuesta a problemáticas, en el ámbito civil, administrativo, policial, pero también en el ámbito social y en el del acceso a las oportunidades en el uso de bienes y servicios que el Estado debe garantizar a las

comunidades; 2) eliminar el enfoque, que se ha venido dando en los últimos 20 años en Colombia, de acudir al populismo punitivo es decir aumento de penas privativas de la libertad, con una creencia errada que hay más seguridad y el Estado es más efectivo. Lo que realmente demuestra es que el Estado no ha decidido qué hacer con los fenómenos que generan la criminalidad, es decir no ha tenido respuestas distintas al fenómeno que la utilización de la cárcel. (11)

Aunado a lo anterior, en Colombia se ha incrementado en la cantidad de delitos que tienen restringido el acceso a beneficios judiciales y administrativos (libertad condicional, permiso de 72 horas, entre otros). Esto trae como consecuencia, situaciones de hacinamiento en las instituciones penitenciarias y baja oportunidad de implementación y seguimiento de los procesos de resocialización. (16)

Así mismo, la Comisión asesora de la política criminal dentro de sus preceptos establece que la política criminal colombiana debe tener un enfoque de género y de derechos de humanos de la mujer(16) En concordancia a lo establecido por la “*Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*”, también conocida como la “*Convención de Belem do Pará*” (29) Y la “*Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*”(16) también conocida como CEDAW.

Por lo anterior, la perspectiva de género resulta necesaria en el contexto penitenciario y carcelario dado que hay que tener en cuenta es que estadísticamente el número de mujeres en prisión es inferior al de los hombres, lo cual tiene como una de las consecuencias es que los centros de reclusión no se encuentren diseñados teniendo en cuenta las diferencias de género, ni las particularidades de las mujeres en temas como las visitas conyugales, el desarrollo de la maternidad al interior de las cárceles, las necesidades particulares de las mujeres en materia de salud, especialmente salud reproductiva, por citar algunos temas.(16)

Entre los principales avances en esta temática, sobre la equidad de género, se menciona la creación de Ley 1009 de 2006,(12) la cual decretó la creación permanente del Observatorio de asuntos de género, el cual tiene por objeto identificar y seleccionar un sistema de indicadores de género, categorías de análisis y mecanismos de seguimiento para hacer

reflexiones críticas sobre las políticas, los planes, los programas, las normas, la jurisprudencia para el mejoramiento de la situación de las mujeres y de la equidad de género en Colombia.

Por último, la ley 1709 de 2014, reforma el código penitenciario y carcelario y parametriza cambios estructurales en materia de Derechos Humanos ya que ordena el enfoque diferencial en materia de género, edad, grupo étnico, entre otras, en los centros de reclusión. Para el caso de las mujeres, se establece que los centros penitenciarios deberán contar con una infraestructura que garantice un adecuado desarrollo del embarazo a las mujeres gestantes, ya sean sindicadas o condenadas. Adicionalmente, da directrices, para las mujeres privadas de la libertad, frente a beneficios como la libertad condicional, suspensión de la pena, prisión domiciliaria (12)

Por último, es importante mencionar que, de acuerdo con la revisión documental, la normatividad vigente de la política criminal y el enfoque de género propenden a la garantía de los derechos humanos y en especial el de la Salud, por lo que su cumplimiento es un compromiso reiterativo del Estado. En el contexto Penitenciario y Carcelario, estos tres aspectos se encuentran ligados de forma inherente, razón que la búsqueda de estrategias que promuevan el bienestar de las mujeres privadas de la libertad.

6.2.2 El Derecho a la Salud en las personas privadas de la libertad

A mitad del siglo pasado (1950), a nivel mundial surgieron muchas declaraciones relacionadas con los derechos humanos, entre ellos el de la salud, el cual fue incluida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (40)* De igual forma, el pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales describe en su artículo 12: *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”(40)* y entre las acciones a fortalecer contempla la reducción de la

mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud laboral, el medio ambiente, la prevención de enfermedades y la optimización de las condiciones que aseguren el acceso de todas las personas a servicios médicos de calidad.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud establece que “ *El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación*”(41) y también menciona que el derecho a la salud contempla libertades relacionadas con el control que tiene toda persona sobre su salud y su cuerpo; y el derecho a acceder a un sistema de salud, con iguales oportunidades, sin discriminación alguna.(41) Por lo anterior, plantea un enfoque de la salud basado en los derechos humanos en el cual se identifican estrategias y soluciones para abordar las desigualdades, la inequidad y las prácticas discriminatorias existentes en el mundo.

Siguiendo con el panorama mundial, en el 2015 los líderes mundiales adoptaron 17 objetivos para combatir la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad incluida la población privada de la libertad. Entre los principales objetivos se mencionan los relacionados con: 1) La garantía de una vida sana y de bienestar para todas las edades (Objetivo 3), canalizando esfuerzos para minimizar las tasas de mortalidad materna y neonatal; y optimizando los recursos a fin de mejorar el saneamiento de las ciudades y la calidad de los servicios médicos. y 2) “*Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas*” (Objetivo 5), mediante el acceso a la educación, a los servicios médicos, a las oportunidades laborales y a la participación en decisiones políticas, sociales y económicas de cada país. (27)

Por lo anterior, y en concordancia con lo planteado en párrafo que antecede, la Organización de las Naciones Unidas aprueba el conjunto de Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, en el cual establece, entre otros aspectos, que en pro de garantizar el derecho a la salud de los reclusos, estos, contarán con los mismos estándares de atención sanitaria que los disponibles en el exterior, y no serán objeto de ningún tipo de discriminación, además, refiere que todos los establecimientos carcelarios y penitenciarios deberán promover y mejorar la salud física y mental de las personas privadas de la libertad(40).

Con respecto a las mujeres privadas de la libertad, este documento establece que los centros de reclusión deben contar con instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las reclusas durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después (40).

Por otra parte, profundizando esta temática a nivel nacional, el marco normativo del derecho a la salud se fundamenta inicialmente en la Ley 1751 de 2015 mejo

r conocida como la Ley Estatutaria de Salud, la cual plantea la Salud como un Derecho fundamental, es decir, a ninguna persona se le puede negar el acceso y el servicio debe ser oportuno, de calidad y eficaz. Así mismo, plantea la obligatoriedad del estado en garantizar el cumplimiento del derecho a toda la población incluida la privada de la libertad y fortalece este derecho mediante herramientas tangibles como la sostenibilidad fiscal, la integralidad y equidad del sistema, la atención primaria, los criterios para establecer la autonomía médica, la declaración de los derechos y deberes de los pacientes, la prestación de los servicios POS y la política farmacológica entre otros aspectos (12).

Para el caso específico de la población privada de la libertad, la ley estatutaria se encarga de regular la prestación de servicios de salud presenta: *“el interno podrá ser referido por parte del prestador de servicios de salud primario intramural a los prestadores primarios o complementarios extramurales, contratados por la fiduciaria que defina el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la Libertad. Para la prestación de los servicios médico-asistenciales. En el caso de la población privada de la libertad que se encuentre afiliada a una Entidad Promotora de Salud –EPS o regímenes exceptuados o especiales, podrán ser referidos a la red de prestadores primarios o complementarios extramurales contratadas por dichas entidades”* (12). Es así, que el modelo de Atención en Salud para las personas privadas de la libertad debe dar respuesta a las necesidades de salud, brindando una atención con calidad en las distintas fases de la atención en salud.

El “Bien Estar” de la totalidad de los individuos, y principalmente los que se encuentran privados de la libertad, coloca a la salud mental, como un tema prioritario en la agenda nacional de Salud Pública. Según la OMS, la salud mental se define como *“un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad o*

como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es parte integral de la salud pública” (41) De acuerdo a lo anterior, y en los últimos estudios realizados por la OMS los trastornos mentales se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en las familias, las comunidades y en la sociedad en general.

En Colombia la Ley 1616 del 2013 regula lo atinente a la salud mental, dicha ley tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana mediante la promoción y la prevención del trastorno mental la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema general de seguridad social en salud

Así mismo, la Resolución 4886 de 2018, adopta la política de salud mental el cual responde a lo planteado en el plan decenal de salud pública 2012-2021 el cual establece la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar de las personas y propende afianzar el concepto de salud como *“el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.* (42) Bajo esta última premisa, este estudio destaca la importancia de la salud pública, siendo ésta, un pilar en la sociedad dado que contribuye a la investigación de los procesos sociales, la interrelación de las diversas organizaciones que forman parte del sistema de salud o que influyen en él, los determinantes de la salud, entre otros, con el fin de garantizar la justicia social (42). Los autores Franco y Álvarez refieren que *“la salud pública en el marco de los derechos humanos se orienta en tres direcciones: desarrollo y adecuación de herramientas para el seguimiento de la salud y el cumplimiento de los derechos humanos; aplicación del marco de la salud y los derechos humanos en la práctica sanitaria; y en la creación de una agenda de investigación sobre el avance de la salud en relación con los derechos humanos”* (42).

Es así, como, el Plan Decenal de Salud Pública propone enmarcar las intervenciones colectivas bajo los siguientes enfoques: 1) enfoque de derecho en donde la salud es el *“disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”* ;2) perspectiva de género y el ciclo de vida, el cual nos permite entender las etapas del desarrollo humano y reconocer

los roles y las relaciones de poder derivados del género; 3) enfoque diferencial el cual establece el reconocimiento de las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población. (42)

Para el caso específico, de la población privada de la libertad, el derecho a la salud se ve amparado por las sentencias de la Corte Constitucional T-388-13 y T-686 de 2006, que para el primer caso corresponde al estado inconstitucional del sistema penitenciario y carcelario y específicamente a la violación grave y sistemática del derecho a la salud: *“A la violencia en el encierro en la región, se suma la violación grave y sistemática del derecho a la salud. El estado de salud personal, que de por sí se ve amenazado por la reclusión, está expuesto a graves riesgos cuando, además, existen condiciones insalubres, sin higiene y con la posibilidad de sufrir agresiones a la integridad física y mental. La falta de protección a grupos especiales de la población como las mujeres, los hijos de mujeres en prisión o las personas extranjeras, también son un mal que afecta a la región latinoamericana. Los derechos de estos grupos diferenciales suelen ser desatendidos ante la falta de recursos y la incapacidad de atender, al menos, al grueso de la población. Las situaciones descritas a nivel regional guardan clara relación con los hechos que ocurren en varias cárceles de Colombia”* (12) la segunda (T-686 de 2006) la cual establece *“ La calidad, transparencia y efectividad del servicio de salud dependerá, en gran medida, de la capacidad que tengan las entidades prestadoras encargadas de prestar tal servicio de intervenir de modo oportuno por medio de médicos especializados y luego seguir con diligencia y cuidado la historia clínica de sus afiliados a fin de garantizar una atención adecuada y eficaz.”* (12)

En vista de este panorama y dada la coyuntura, el Estado plantea la implementación de un nuevo esquema de salud para la población privada de la libertad, cuyo marco regulatorio, lo plantea la Ley 1709 de 2014, el cual establece la creación del Fondo Nacional de Salud de las penitenciarías, como instancia encargada de contratar la prestación de los servicios de salud de todos los centros de reclusión. En líneas generales, el nuevo modelo busca establecer un marco de manejo descentralizado y sostenible de los servicios de salud en las cárceles colombianas. La base de la nueva estrategia reposa sobre prestadores de servicios de salud

primarios intramurales, como primera línea de atención capaces de brindar protección específica y detección temprana de enfermedades (12).

Para el caso específico de las mujeres, la Ley 1709 de 2014 pretende generar lazos de coordinación intersectorial, para que, desde la perspectiva de género analizada, se incorpore un conjunto de acciones positivas para las mujeres tradicionalmente discriminadas, que permitan tener atención preferente de las necesidades, a partir de las características de estas, sus hijas/os menores de tres años y sus familias.

En este sentido, se hace ineludible conocer y analizar la propuesta del gobierno para llevar a cabo la reforma diametral a la accesibilidad de la salud por parte de los internos en los penales colombianos, concretada en un proyecto de “*Modelo de atención en salud para la población privada de la libertad a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC*” (36). A continuación, se contextualiza las principales características diferenciales entre el nuevo y antiguo modelo de salud para las personas privadas de la libertad, a fin de profundizar sobre esta temática:

La Ley 1709/2014 propone crear un sistema de salud propio para las personas privadas de la libertad, financiados directamente con recursos de la Nación. Por ello, mediante la Resolución 5159 del 2015 expedida el 30 de noviembre del mismo año, el Ministerio de Salud y protección adopta el nuevo Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC (12).

Así mismo, el Ministerio de Justicia del derecho emite el Decreto 2245 del 24 de noviembre del 2015, en el cual adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC.

Este decreto específicamente tiene por objeto reglamentar el esquema para la prestación de los servicios de salud de la población privada de libertad bajo la custodia y vigilancia del

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC. Como factor relevante, se menciona que la población privada de la libertad y los menores de tres (21) años que convivan con sus madres en los centros de reclusión, deberán recibir obligatoriamente los servicios asistenciales a través del esquema de prestación de servicios de salud conforme al modelo de atención en salud que se adopte (12) y entre sus principios menciona que los servicios de atención en salud se prestarán teniendo en cuenta las diferencias poblacionales de género, etnia, discapacidad, identidad cultural y las variables implícitas en el ciclo vital.

El decreto 02245 del 2015, en la sección 6 también establece que en los establecimientos de reclusión de mujeres se deberá garantizar el acceso a medicina especializada en obstetricia y ginecológica. Así mismo, el artículo 2.2.1.11.6.2 se establece que los prestadores de servicios de salud deben garantizar la atención integral y prestación de los servicios cumpliendo con los atributos de calidad y humanización en las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, lo cual incluye detección temprana y protección específica, así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por pediatría de los niños y niñas que conviven con sus madres privadas de la libertad (12)

En tal sentido, la atención integral en salud a niños y niñas menores de tres (3) años que conviven con sus madres en los centros de reclusión, así como de las mujeres gestantes y las madres lactantes privadas de la libertad, deberá estar plenamente armonizada con las funciones que corresponde al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC.

Otros aspectos importantes que menciona el nuevo modelo de atención es el uso de la telemedicina para los servicios de consulta externa general de nutrición, psicología, consulta externa de las especialidades de Pediatría y Ginecoobstetricia (en los establecimientos de reclusión que albergan mujeres y menores de 3 años que convivan con sus madres), psiquiatría, medicina interna y cirugía general. Lo cual, tienen como propósito mejorar el acceso a los servicios con oportunidad y calidad, contribuyendo a la eficiencia y a la disminución de costos de la atención, por reducción del número de traslados de pacientes a instituciones de mayor complejidad, ubicadas en la mayoría de los casos en ciudades

capitales e intermedias. Lo anterior, permite descongestionar los servicios bajo la modalidad presencial y aumentan la capacidad de resolución de la red prestadora de servicios, disminuyendo los tiempos de espera para recibir la atención. Cabe anotar que la implementación de este sistema estará sujeta a condiciones de seguridad, accesibilidad, infraestructura, entre otras variables.

Con relación a Salud pública, en la sección 5, artículo 2.2.1.11.5, el decreto indica que se debe garantizar las intervenciones colectivas e individuales de alto impacto en salud que permitan atenuar los riesgos proteger la salud de la población privada de la libertad. Lo anterior fundamenta la necesidad de crear un entorno saludable para las personas privadas de libertad, así como para el personal que trabaja en ella. De igual forma, se propende para el caso específico de las mujeres, lograr cero tolerancias frente a la morbilidad y mortalidad.

Ante lo mencionado, los autores Pozo y Martínez, reconocen que, en Colombia, se han realizado reformas importantes al código penitenciario y carcelario como la inclusión del enfoque diferencial en materia de género, edad, grupo étnico en los centros de reclusión, no obstante, concluyen que la política planteada no asume con determinación una política de género que permita dar respuestas especializadas a las características específicas y necesidades de las mujeres. Así mismo, consideran que la ley 1709 del 20 de enero de 2014 aborda aspectos básicos de las mujeres y los menores, pero no genera estrategias que permitan obtener respuestas integrales de género intersectoriales, que a su vez se reflejan en programas eficaces de salud, socioeducativos, sociolaborales entre otros. (12)

De manera concluyente, es importante mencionar que, de acuerdo con la revisión documental, la normatividad vigente relacionada con el derecho a la salud, la política criminal y el enfoque de género, plantea objetivos interesantes enmarcados en la garantía de los derechos humanos y su cumplimiento es un compromiso reiterativo del Estado, no obstante, se hace necesario que en el contexto Penitenciario y Carcelario, estos tres aspectos se encuentren ligados de forma inherente, a fin de promover estrategias que contribuyan al bienestar y dignificación de las mujeres privadas de la libertad.

6.3 Elementos Particulares

6.3.1 Caracterización Demográfica de participantes mujeres Penadas, Post-penadas y expertos

- **Mujeres penadas y pospenada**

La población objeto de investigación correspondió a siete mujeres, cuyas edades oscilaban en un rango de veinte (20) a cincuenta y cuatro (54) años. Su origen de nacimiento es Bogotá, Colombia, capital del país y en donde confluyen múltiples culturas e intereses individuales y colectivos (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de las mujeres.

Informantes	Edad	Procedencia	Nivel educativo	Estado civil	N hijos	Gestación	Ocupación	Estrato
Sujeto 1 Claudia	28	Bogotá	Primaria	Unión libre	2	Compartió celda con mujeres en gestación.	Ama de casa	2
Sujeto 2 Sandra	20	Bogotá	Universitario o incompleto	Unión libre	2	Si	Ama de casa	1
Sujeto 3 Andrea	26	Bogotá	Bachiller completo	Unión libre	2	Si	Ama de casa	1
Sujeto 4 Martha	48	Bogotá	Universitario o incompleto	Separada	0	Compartió celda con mujeres en gestación.	Ama de casa	3
Sujeto 5 Laura	37	Bogotá	Primaria	Separada	3	Si	Directora fundación	2
Sujeto 6 Juana	29	Bogotá	Bachiller incompleto	Unión libre	3	Compartió celda con mujeres en gestación.	Ama de casa	2
Sujeto 7 María	41	Bogotá	Bachiller completo	Unión libre	3	Compartió celda con mujeres en gestación.	Ama de casa	2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos colectados.

Al hablar del nivel educativo, se evidencia que el grado escolar de cada una de ellas es diferente. Dos alcanzaron primaria, otras dos terminaron el bachillerato y una no lo terminó;

además, dos tiene estudios universitarios incompletos. El estrato socioeconómico con mayor presencia es el dos, seguido del estrato uno y finalmente una mujer reside en estrato tres. Debemos tener en cuenta que las participantes de la investigación tienen sus lugares de residencia en diferentes localidades de Bogotá, tales como Ciudad Bolívar, Suba y Usaquén. (Tabla 1).

En cuanto a la ocupación, tres de ellas se encuentran en detención domiciliaria y manifiestan dedicarse a labores del hogar; una de ellas se encarga de la administración de una fundación que brinda servicios a personas privadas de la libertad y las otras tres se encuentran en procesos de resocialización (realizan manualidades) en Casa Libertad, la cual es una entidad adscrita al Ministerio de Justicia, el INPEC, Colsubsidio y la Fundación Teatro Interno, y que se encarga de proporcionar estrategias que promuevan la reintegración social y el bienestar de personas que estuvieron en situación de privación de la libertad (Tabla 1).

Dos de estas mujeres se divorciaron, el resto presentan estado civil de unión libre. Asimismo, tienen entre dos y tres hijos; tres de ellas estuvieron embarazadas durante su reclusión; y su tiempo de condena estuvo entre los tres y los seis años. (Tabla 1).

Con respecto al contexto familiar, todas conviven con sus familiares de primer grado de consanguinidad (padres e hijos); no obstante, para el caso de las parejas se identificó que algunos casos estos encuentran privados de la libertad o su relación finalizó durante el cumplimiento de la condena.

Con respecto a los expertos y a partir de la búsqueda de información y al plantear la problemática de la investigación, se observó el trabajo realizado por varios especialistas, los cuales se caracterizaron por su amplia trayectoria en el desarrollo de estudios y/o trabajos relacionados con la población privada de la libertad, adicionalmente se identifica que los entrevistados son líderes sociales que tienen en común el alto grado de sensibilidad hacia las problemáticas presentadas en la población vulnerable, en especial la privada de la Libertad y la profundidad de sus experiencias, los cuales permiten contextualizar y contrastar las particularidades del sector penitenciario y carcelario. Otros aspectos que se mencionan se relacionan con el alto nivel académico y crítico.

Así mismo, entre ellos se pudo rescatar la contribución y análisis referente a la situación de la población privada de la libertad en Colombia a partir de la interacción y recolección de datos que se obtuvo en la entrevista realizada a la experta, denominada aquí, Bertha, una mujer de 42 años de origen alemán quien adelantó estudios para obtener el título de Magíster en Trabajo Social y por ello se centró en la investigación del contexto de mujeres privadas de la libertad y lo relaciona con su forma de entender el rol de madre y cuidadora. Su trayectoria laboral se fundamenta en sus trabajos con el ministerio de Justicia y las Naciones Unidas (presos políticos).

El otro experto es un nutrido investigador del conflicto armado colombiano y se caracteriza por ser un académico crítico, el cual brinda una perspectiva de derechos, y es Orlando, un hombre de 53 años, quien estuvo recluso alrededor de ocho años. Desde su experiencia describe la situación de la población que se encuentran junto con él en la penitenciaría, y además brinda un análisis sobre el marco legal que sustenta el proceder para la población privada de la libertad. Por último, se menciona a Verónica, líder social, con 15 años de experiencia en el trabajo por las personas privadas de la libertad y personas con alto grado de vulnerabilidad. Su trabajo, a través de su fundación se ha encaminado a visibilizar y dignificar la vida de las personas privadas de la Libertad y sus familias y buscar procesos de resocialización.

6.3.2 Realidad carcelaria, salud y maternidad entre rejas

Para el abordaje de este capítulo, los resultados obtenidos se presentarán bajo los siguientes ejes temáticos: la contextualización de los centros de reclusión, el abordaje de la salud como concepto integrador (Físico, Mental y Social) y derecho fundamental; y las principales particularidades identificadas relacionadas con el binomio madre e hijo.

6.3.2.1 Particularidades de las condiciones de vida al interior de un Centro de Reclusión

En Colombia, la política criminal se encuentra definida como un conjunto de lineamientos estratégicos definidos por el Estado para enfrentar los delitos, especialmente, con un fin de prevención, represión y control (15). Para la comprensión de esa temática se abordan los preceptos jurídicos de Sindicado y Condenado. El primero corresponde a la situación jurídica

de una persona que se encuentra acusada de una conducta punible hasta que se demuestre lo contrario” (15); y condenado es cuando una persona se le aplica una sentencia mediante una resolución judicial.

Según el informe estadístico del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-Inpec del 2018, en la actualidad, la población reclusa intramural corresponde a: 93,1% (110.294) hombres y 6,9% (8.219) mujeres, de las cuales en calidad de sindicados(as) corresponden al 33,8% (40.049) de la población intramural; de ellos, el 90,1% (36.099) son hombres y 9,9% (3.950) mujeres. Para el caso de la población condenada el porcentaje corresponde 66,2% (78.464), el cual el 94,6% (74.195) corresponden a hombre y mujeres 5,4% (4.269). (43)

Para el caso específico de nuestra investigación se identificó que todas las participantes fueron condenadas y su pena correspondió a periodos comprendidos entre 36 y 96 meses. Cabe anotar, que, en la mayoría de los casos, se contó con el beneficio de rebajas de penas, lo cual redujo la condena en un 30 o 50%. Entre las principales actividades que mencionan las participantes para descontar tiempo se mencionaba la asistencia a “educativas”, lo cual corresponde a talleres de manualidades o clases en algún tema específico; y para el caso particular de nuestro sujeto de estudio, descontó mediante lo denominado ordenanza de la guardia lo cual tienen como función tramitar solicitudes de las internas de cada patio (“*subsecretarías del patio*”) con la guardia del Inpec. (43)

Con respecto a la tipificación del delito, estudios como el informe publicado por el centro de estudios jurídicos y sociales “*Dejusticia*” refieren que “estudios recientes han mostrado que cada vez más mujeres son encarceladas por participar como eslabones débiles en los mercados de drogas. Así mismo, concierto para delinquir, hurto y homicidio, son los delitos de mayor índice en las mujeres privadas de la libertad (22).

Un asunto de interés es la manera en que la política criminal del país se expresa en el bienestar y la salud de la población, en especial el proceso social que llevó a las mujeres a estar privadas de la libertad. Al respecto, las mujeres comentaron que llegaron a esta situación a través de la influencia de sus parejas sentimentales. Así, Laura comenta que el esposo fue el que la metió en problemas. “*Él era un extorsionista y en sus actividades delictivas me mandó a*

reclamar un giro” producto de una extorsión. Asimismo, Juana señala que su expareja extorsionaba a comerciantes e industriales desde la cárcel, y que ella conocía dicha situación. Aun así, y aunque no estaba de acuerdo, ella lo permitía. Incluso recibía el dinero que era producto de este tipo de actividades delictivas a través de una empresa de envíos, mecanismo que permitió su judicialización y condena por ese delito.

Frente este tema, la trabajadora social Bertha refiere las mujeres que delinquen, normalmente son provenientes de estrato 1 y 2, donde se observa mucha pobreza y es muy duro para ganarse la vida y dentro de perfil social se identifican que estas, tienen a cargo a personas dependientes de su cuidado.

Por otra parte, el profesor Orlando, profundiza acerca de la clasificación de los delitos mencionando que en Colombia existen los presos políticos los cuales involucra a las personas que han sido privadas de la libertad por efecto del conflicto armado (combatientes, perseguidos por el estado, sindicalistas, simpatizantes de la izquierda o guerrilla o por su actividad política); y los presos sociales que serían las personas que cometieron delitos clasificados en el código penal pero que también desde la perspectiva social hacen parte de un modelo que no da posibilidades, ni oportunidades a toda la población.

Con respecto a los procesos de resocialización de las personas privadas de la libertad, la revisión bibliográfica, define qué prisión o cárcel, obedece a la legitimación para la imposición de sanciones y a la posibilidad de adelantar procesos de resocialización los cuales deben dar cumplimiento entre otros, al documento referente de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. En el mencionado texto se detallan los principios y prácticas generales que se consideran aceptables para el tratamiento de los reclusos entre ellas la imposición de la disciplina, las acciones que fomenten el respeto a sí mismos y hacia el otro y *“en tanto la duración de la condena lo permita, inculcarles la voluntad de vivir conforme a la ley, mantenerse con el producto de su trabajo, y crear en ellos la aptitud para hacerlo”*.(40) Y obstante, el sistema punitivo a nivel nacional e internacional la cárcel representa en muchos casos un fenómeno de exclusión social, en el cual no están planteados los procesos de rehabilitación o la resocialización de las personas.

Frente este tema, Orlando refiere que la resocialización no se cumple dado que las acciones de corrupción no garantizan la equidad y el acceso a las mismas. De igual forma, manifiesta que las etapas de aprendizaje no se llevan a cabo de forma continua y no se garantizan los procesos de enseñanza por los limitantes del contexto penitenciario y carcelario. Lo anterior, trae como consecuencia el poco desarrollo de las competencias laborales por parte de la población privada de la libertad.

De manera análoga, otro tema a contemplarse en este apartado es el relacionado con las visitas conyugales, los cuales, para las mujeres privadas de la libertad es crítico, principalmente por las barreras culturales que se les imponen a las mujeres en relación a la demostración de una pareja estable, los trámites administrativos para acceder a este servicio y la falta de un espacio higiénico y privado en pro de mantener la intimidad. Frente a lo descrito, nuestra experta (Bertha) refiere que *“solo el 15 % de las parejas visitan a sus mujeres en las cárceles, mientras que en sentido contrario, el 90% , 95% de las mujeres se encargan de cuidar los hijos, de visitar a sus hombres en la cárcel, ahí hay una diferencia de género”* y nuestras participantes manifestaron que las visitas conyugales eran mensuales y para la autorización se debía presentar una carta de intención y fotocopia de la cédula (5).

Aunado a lo anterior, Orlando refiere que existe una afectación machista, dado que un hombre puede tener inscritas varias mujeres para realizar la visita conyugal, y en el caso de las mujeres se les exige que tengan un compañero estable. Por otra parte, manifiesta, que se tiene un concepto tergiversado de seguridad en el que se cree que *“es más peligroso trasladar o desplazar a un hombre y no una mujer”*. En consecuencia, es la mujer quien debe desplazarse al lugar de retención del hombre, en los casos en que los dos se encuentren privados de la libertad.

6.3.2.2 Contextualización de los centros de reclusión

En Colombia en la actualidad hay 136 establecimientos, los cuales albergan a 187.550 personas privadas de la libertad, de las cuales el 6,9% (8.219) corresponden a la población femenina (21). Así mismo, se han habilitado 45 centros de reclusión para albergar mujeres y seis de ellos están reservados exclusivamente para ellas y se encuentran en Bogotá,

Bucaramanga, Pereira, Armenia, Popayán y Manizales; existen establecimientos mixtos que cuentan con celdas para mujeres.

Entre las particularidades identificadas se relaciona el alto grado de hacinamiento (47 %) siendo representativo en establecimientos como el de Riohacha y la reclusión de mujeres de Bucaramanga y Popayán, lo cual trae como consecuencia los problemas relacionados con el deterioro de la infraestructura, la presencia de plagas y roedores, el deficiente estado de las instalaciones sanitarias, etc.

Lo anterior, se contrasta con lo manifestado por las participantes quienes indican que allí (centro de reclusión) las condiciones de la infraestructura no son óptimas para los seres humanos. Por ejemplo, Juana comenta que por cada celda *“hay cuatro o cinco reclusas y solo dos planchones; es decir, a las otras les toca dormir en el piso y para dormir en dichos planchones con su colchón y demás, es importante tener dinero”*. Y agrega: *“cuando uno tiene plata vive bien, y cuando no se acomoda”*.

En cuanto al espacio para el aseo corporal, el tema de los inodoros y las duchas genera controversia. Sobre esto Paola comenta: *“Yo estaba en el patio tres y había problema con el baño porque había solo tres por piso, y eso generaba muchas dificultades y conflictos por su utilización. En cambio, hay patios en donde el baño está dentro de la celda y eso facilita más que uno se pueda bañar con frecuencia”*.

Lo anterior, reafirma que la problemática de la infraestructura es crítica y se representa con un 50% de hacinamiento en las cárceles de Bogotá; al existir una cantidad de personas que sobrepasa la capacidad de la penitenciaría, es imposible garantizar adecuadas condiciones sanitarias. Además, el deterioro de las instalaciones físicas trae como consecuencia el aumento de la proliferación de plagas que repercuten sobre la salud de las personas. Sobre esto Paola comentó: *“las instalaciones son viejas, las paredes y el techo se ven en mal estado. También hay mucha basura, no hay buena recolección de basura, las tejas, los patios son seguidos, como se unen los patios, la basura es terrible, hay muchas ratas y cucarachas.”*

Del mismo modo, es importante mencionar que los establecimientos penitenciarios y carcelarios de nuestro país no se encuentran contruidos teniendo en cuenta las características de las mujeres, es por ello que satisfacer sus necesidades es una situación limitante para el Estado y las entidades a cargo. Lo anterior se reafirma con lo manifestado por Bertha, quien indica que *“...se construye una cárcel para mujeres, pero no tiene un enfoque de género, un enfoque diferencial para mujeres, como adecuamos el lugar para que los niños no sientan el encierro.”*

Finalmente, el concepto de los expertos indica que, aunque existan las leyes, la falta de implementación, la débil infraestructura y el creciente hacinamiento hace que los centros de reclusión no cumplan con las condiciones básicas para la permanencia de las mujeres en dichos espacios. Para Bertha, el proceso de rehabilitación se podría realizar si se pudiese contar con mejores condiciones, *“Pero con lo que hay es imposible hacerlo mejor, porque está tan hacinados que cómo se va a adecuar un lugar. Las mujeres pueden trabajar, pero en condiciones más dignas, o ¿cómo se va a trabajar donde las mujeres duermen en el piso?”*

Por otra parte, es importante mencionar que no solo la problemática de hacinamiento es la de mayor impacto en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad, sino la relacionada con factores como la corrupción y la discriminación por raza, etnia, posición económica, entre otros aspectos, lo cual se refleja en la clasificación y caracterización de cada uno de los patios. A saber, mencionada situación, una de las participantes refiere, que, al ingresar a la cárcel, el patio 1 corresponde a una celda grande, donde las detenidas esperan la decisión de la junta de patios, para ser ubicadas en los respectivos patios. Aunque se desconoce, la totalidad de los criterios para definir la ubicación de las internas en los patios, las participantes manifestaron que la principal causa obedece al tipo de delito.

A partir de lo anterior, las entrevistadas identificaron las principales características de los patios, en los cuales, se menciona que el patio 1, es el patio donde se ubican las personas con delitos menores; con respecto al dos y tres manifiestan que son los más “pesados”, el cuarto, según Claudia *“es el más tranquilo, si porque es el patio donde están los niños, el*

patio ahí si como dicen materno, que es donde se encuentran los niños de 0 a 3 años y por último el cinco es donde se encuentran recluidos las extranjeras.

Con respecto al patio 4, una de nuestras participantes, Claudia lo describió como: *“ es un patio que consta de 4 pisos 8 pasillos y digamos en el patio del primer piso son cabañitas, cuarticos chiquitos donde están las que acaban de tener bebé, no son tan grande las celdas son normales, pero si la prioridad era las que tenían bebés y en el primer piso hay un parque , lo tienen adecuado para los niños, hay baños chiquitos, está adecuado con agua caliente, tienen una especie de cocina donde les llevan los termos con agua caliente para los teteros...”* adicionalmente menciona que hay un salón comunal: *“es como un salón grandísimo donde tiran colchonetas al piso y van digamos las que vienen de traslado, la trasladan digamos de Medellín para Yopal ahí tiene que quedarse que el juzgado la autorice el traslado, las que vienen de la audiencia de otras cárceles a Bogotá, las que salen de domiciliaria a aquí, o las que salen de domiciliarias a otros lados, entonces ahí se reúnen todas y uno está de paso con colchoneta y todo”*.

Aunque, en general, las participantes concluyeron que este patio es el mejor del centro de reclusión, no desconocieron los problemas de infraestructura relacionados con la presencia de goteras en 29 celdas de las 32 y presencia continua de plagas. Adicionalmente, mencionaron que el patio desmejoró, dado que en el patio se cohabita con personas consumidoras de drogas y con alto grado de ansiedad.

Otro aspecto relevante, al interior de los establecimientos penitenciarios y carcelarios que se debe mencionar, por el impacto en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad es lo relacionado con la alimentación, ya que no cuentan con los requisitos sanitarios y de calidad establecidos por la normatividad sanitaria legal vigente, tal como lo expresa Laura: *“En mi caso, era igual, terrible nos podían dar carne y pollo, pero no, esa carne estaba cruda, el pollo crudo. Y en el arroz imagínate tú, en el arroz salirle a uno un gusano. A mí me pasó y ya uno come con asco, ya si come, come porque le toca no porque a usted le de hambre, no. Come por comer. La comida si es pésima”*. Aunado, a lo mencionado anteriormente, los tiempos de ayuno son muy amplios para cada tiempo de comida, lo cual

genera manifestaciones de diferentes índoles físicas y psíquicas que en algunos casos afectan la convivencia al interior del establecimiento. Por otra parte, y con la finalidad de satisfacer esta necesidad básica, las internas compran alimentos en el “*expendio*” o almacenan los alimentos (mecato) que les llevan sus familiares en los tiempos de visita.

Por otra parte, para el caso de las gestantes y maternas, Sandra refirió que ellas tenían una dieta especial, y que a ellas las pasaban por una fila diferente y la nutricionista les entregaban los alimentos con una “*dieta*”.

Ante lo mencionado, Orlando, nuestro experto, manifiesta que “...*la alimentación es un foco por las condiciones higiénicas, porque no cumplen, porque la mayoría de los alimentos están en descomposición entonces eso afecta la salud...*” adicionalmente indica que existe una “...*cadena de corrupción muy fuerte.*”

6.3.2.3 Derecho a la salud

La Corte Constitucional de nuestro país en 1998 declaró el Estado de Cosas Inconstitucional en los centros penitenciarios y carcelarios (Sentencia T-153 de 1998), en consecuencia, que estos, no garantizaban los derechos fundamentales de la población privada de la libertad PPL, ni cumplía los procesos de resocialización, dado el alto índice de hacinamiento, las deficiencias sanitarias y de servicios de salud. En el año 2013, la declaratoria del Estado de Cosas Inconstitucional (Sentencia T-388 de 2013) de la Corte Constitucional fue más allá y declaró el Estado de Cosas Inconstitucional en todo el Sistema Carcelario, al reiterarse las violaciones sistemáticas de los derechos humanos y que estas no se superaban únicamente con la construcción de nuevos cupos carcelarios. Por lo anterior, indicó la necesidad de formulación de políticas públicas que garantizaran los derechos humanos y tuvieran un enfoque diferencial para atender a la población vulnerable (niños, extranjeros, personas con orientaciones sexuales diversas, mujeres, indígenas y afrodescendientes) existente en los centros de reclusión (11).

Posteriormente en el año 2015, la Corte Constitucional reiteró el Estado de Cosas Inconstitucional en el sistema penitenciario y carcelario (Sentencia T-762 de 2015) y ordenó

a más de 59 entidades de todas las ramas de poder público (Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Presidencia de la República, Fiscalía General de la Nación, Consejo Superior de la Judicatura, Ministerios de Justicia, Hacienda, Salud y Educación, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC, Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC, gobernaciones y alcaldías, entre otros), que implementaran acciones que permitieran avanzar en la superación de la crisis, de igual forma, solicitó al poder legislativo y ejecutivo la expedición de políticas que garantizaran el cumplimiento de los derechos humanos.(12)

Ante lo mencionado, el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de lo exigido por la Orden XXII de la Sentencia T 762 de 2015 presentó la regulación de los servicios médicos penitenciarios y carcelarios, y la forma de acceder a los servicios de salud por parte de las personas privadas de la libertad en establecimientos a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) (12).

Es así, que dentro de lo planteado en el Código Penitenciario y Carcelario, se determina que en la salud de la población interna, prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos, prohibiendo toda forma de violencia psíquica, física o moral, a su vez plantea el acceso 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 y en la totalidad de los estados de detención (intramural y extramural)(43).

Para el caso específico de las personas privadas de la libertad en estado de detención intramural, la prestación del servicio se encuentra sujeta a la disposición de las áreas de sanidad y se circunscribe a la atención de eventos de baja y mediana complejidad. Por otra parte, las personas en detención extramural, el servicio de salud se adelanta con la red de prestación de servicios contratada, por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS). Lo anterior, se fundamenta en un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud (APS) (Ley 1438 de 2011), a través de la cual se identifican las necesidades de la población, se promueve la participación social y se desarrolla gestión social integral. La APS, contiene

un primer nivel de atención altamente resolutivo, que inicia con el examen médico de ingreso y la apertura de la correspondiente historia clínica, haciéndose énfasis en los eventos de mayor prevalencia en este tipo de instituciones, como la presencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes); infecciosas y de interés en salud pública (tuberculosis, VIH, malaria, entre muchas otras); enfermedades mentales (depresión); como asimismo, la identificación de internos que requieren de medicamentos, o algún procedimiento específico. (44)

En correlación a lo anteriormente mencionado, en este estudio se identificó que 5 de nuestras participantes antes de ingresar al centro de reclusión, se encontraban afiliadas al régimen subsidiado (SISBEN) y su entidad promotora de salud corresponde a Salud Capital; para el caso de Sandra y Juana, éstas eran beneficiarias del régimen contributivo (Nueva EPS y Cruz Blanca). Es importante mencionar, que las entrevistadas, para los dos casos, no manifestaron ningún tipo de inconformidad frente a la prestación de los servicios de salud. No obstante, al ingresar a los establecimientos penitenciarios, la afiliación en el régimen contributivo genera inconvenientes administrativos para la prestación del servicio, por lo que nuestras participantes manifestaron que debían decidir entre renunciar a este sistema, para acceder a los servicios o por el contrario no acceder a ellos.

Por otra parte, al indagarse cómo era el primer contacto en salud en un establecimiento penitenciario y carcelario, las participantes coincidieron que, al ingresar, se les realiza una valoración médica básica que consiste en la apertura de la historia clínica, preguntas relacionadas con antecedentes de salud, inspección física (identificación de tatuajes, lesiones, etc), toma de talla y peso; y, por último, una evaluación odontológica. Para el caso específico de Andrea y Sandra, el diagnóstico médico incluyó el reporte de los controles prenatales y el respectivo tacto vaginal.

Frente a la indagación de la existencia de una valoración inicial psicológica o psiquiátrica, las entrevistadas en su totalidad, manifestaron que esta no se lleva a cabo en la fase inicial de la privación de la libertad y que, para acceder a este servicio especializado, las internas recurren acciones autolesivas para llamar la atención y ser atendidas. Lo anterior, se reafirma

con lo expuesto por nuestro experto Orlando, el cual indica que *“...según el código penitenciario debe haber un pabellón especial para paciente psiquiátrico y en la realidad en un patio hay presos normales entre comillas y enfermos, eso es crítico por varias razones hay bullying, los presos los molestan, los agreden, por su comportamiento o hay agresiones por parte de ellos los psiquiátricos con la misma población, por ejemplo cuando no les dan las drogas o las medicinas que tienen ellos amenazan a los presos”*

Otro factor preocupante, es el hacinamiento y el poco personal de salud capacitado para brindar una atención de calidad. Frente a esto, las participantes informan que se debe llamar la atención del personal de la salud a través de insultos, malos tratos o amenazas de contacto con la Procuraduría General de la Nación y demás entes de control, situación que genera tensión entre las reclusas y violencia hacia el personal asistencial. En última instancia, algunas internas se autolesionan para poder garantizar su acceso a los servicios de salud, como lo manifiesta Laura: *“Ya cuando se cortan las venas, ya uno tenía que masajearse las manos para que digan está loca si necesita atención médica urgente”*.

Aunado a lo anterior, otras barreras para la atención en salud se relacionan con la discriminación entre los patios, dado la clasificación de la población por el tipo de delito y no por necesidades de la población (adultos mayores, consumidoras, trastornos mentales etc), tal como lo manifiesta Tatiana *“existe muchísima discriminación hacia los patios 2, 3 y 9”*. Por ejemplo, en una de las penitenciarías en la que se encontraban los sujetos de la investigación, presentaban ciertas particularidades para prestar los servicios de salud, por lo cual se presume que el acceso dependía de las relaciones que tenían las internas con las guardianas, quienes son, estas últimas, las encargadas de decidir quién puede o no acceder al área de sanidad, en otras palabras, son un filtro inherente a las dinámicas internas de la penitenciaría. Lo anterior, es confirmado por lo manifestado por Andrea: *“Empecé a sangrar, me tocó mostrarle la ropa interior a una dragoneante para que me dejara salir a sanidad.”* Otro factor determinante al prestar los servicios de salud es que la prioridad en la atención se define de acuerdo con la gravedad de la patología, como lo menciona Claudia: *“las viejitas, la mayoría sufren casi todas de hipertensión o de diabetes y les hacen control para ver a quien dejar atender.”*

En cuanto a la logística y el acompañamiento para los desplazamientos a las remisiones médicas, las participantes manifiestan que es imposible lograr concertar una cita con un especialista, como lo expresa Juana: *“Yo tengo una vena varice trombosa y a mí me iban a hacer la cirugía allá y nunca me sacaron porque supuestamente nunca había guardia para que me llevaran a la cita”*. El tema de la seguridad tiene un impacto negativo en la interacción de las internas con los servicios de salud.

Con fundamento en lo anterior, las entrevistadas se encuentran conscientes, que la salud es un derecho y que, para exigir el respeto y cumplimiento de este, se deben recurrir a varias vías legales y sociales; sin embargo, no desconocen que, aunque se reúnen muchos esfuerzos, hay múltiples barreras para conseguirlo. Por ejemplo, una de ellas indica, *“aunque se brinda una atención básica, se hace sin un diagnóstico sustentado por laboratorios, y no es suficiente. Además, las personas exponen que generalmente se les formula el Tramadol e Ibuprofeno, sin importar el tipo de patología que tenga el paciente”*.

Por su parte, Orlando refiere que la materialización del derecho a la salud inicia mediante *“una atención primaria, lo cual es básica, llamadas sedes de primer nivel que es un nivel básico donde atienden por ejemplo las emergencias, la gente que necesita que tiene males, no cuenta con una atención especializada, esa atención se limita a calmantes lo mismo de siempre le recetan, alguien va y le dan diclofenaco, el tema para avanzar a otros niveles se hace generalmente a través de tutelas, derechos de petición que se convierten en tutelas que a la vez se convierten en incidentes de desacato...”*.

En general, según la percepción de los participantes, acceder a la atención médica, y exigir el derecho a la salud, por las vías legales o mecanismo de exigibilidad es un proceso nulo o fallido desde la penitenciaría, ya que las tutelas y derechos de petición tienen un tiempo de trámite prolongado y a veces deficiente.

Por otro lado, un tema álgido, mencionado por varios entrevistadas y que está muy ligado con el derecho a la salud, es la salud sexual y reproductiva. Diferentes mujeres mencionan que frente este aspecto existe mucho desconocimiento y no se le ha brindado la importancia que merece, por ello no se garantizan los procesos de promoción y prevención en torno a la maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las mujeres, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual. Sobre esto, Martha refiere: *“Imagínese un condón que se lo regalan y tiene ahí tres y cuatro meses eso pierde vigencia, o sea son todas esas cosas, fuera obligatorio que todas se pusieran la T, lo del brazo o lo que fuera, pero como no se puede obligar a nadie porque eso es de libre albedrío, es derechos sexuales y reproductivos.”* Asimismo, Claudia comenta: *“tú quieres pedir la planificación cuando entras al médico y allá en sanidad te la dan, pero a los hombres tampoco hay planificación, si no cuando tú entras a visita conyugal te dan dos o tres condones y ya, esa es educación sobre natalidad que manejan allá. Se supone que uno tiene derecho, pero eso no llega”*.

Cabe anotar, que la criticidad de la problemática de la salud de las mujeres privadas de la libertad, incluida la salud sexual y reproductiva se profundiza por la desviación de los parámetros establecidos en la política criminal, el cual contempla tres principios transversales, dentro de los cuales se encuentran la igualdad, la no discriminación y la garantía del respeto por la diversidad cultural y de género. El segundo principio propende la participación y satisfacción de las necesidades de la población, y la búsqueda de acciones que permitan el fortalecimiento de las capacidades individuales en situación de vulnerabilidad. Y, por último, el tercer principio discierne acerca de los procesos de transparencia en donde el control y la vigilancia son pilares fundamentales para la implementación de las políticas públicas. (12)

Para el primer principio, la información recopilada con el apoyo de las internas permite hacer un acercamiento a sus conceptos sobre el derecho a la salud. Al hablar de igualdad, en el tema de salud sexual y reproductiva marca una diferencia notoria frente al género masculino, dado que actualmente, para acceder a las visitas conyugales, los hombres pueden tener un número de parejas indeterminado, caso contrario con las mujeres quienes ven limitadas el

ingreso de su cónyuge o pareja no estable por procesos administrativos y de control: “durante tres meses deben permanecer con la pareja que ha sido registrada mediante un formulario, así como lo refiere Martha: *“No señora, al contrario, la mujer puede cambiar cada tres meses de pareja, si?”*. Por otra parte, y aunque existen avances frente a los traslados de las familias a los centros de reclusión, en el caso de parejas conyugales privados de la libertad de forma simultánea y a fin de garantizar el tiempo de visita conyugal, el sistema carcelario establece que el traslado, únicamente se gestiona a través de la movilización de la mujer, es decir, los procesos administrativos y logísticos están contribuyendo a generar un sesgo en el enfoque de género, como lo menciona nuevamente Martha: *“ empecemos porque a los hombres no los sacan es a las mujeres a las que llevan, y porque los hombres tienen más facilidad de volarse dicen”*.

Otro aspecto, que refleja la discriminación es la diferencia existente para la prestación del servicio de salud a mujeres en confinamiento intramural y extramural. A partir de la información recopilada se pueden identificar en primera instancia que las mujeres que están en confinamiento intramural y extramural deben obedecer ciertas restricciones que les limitan el acceso a un espacio físico en el cual se pueda brindar una atención médica necesaria.

En el caso de las que están en la penitenciaría, se observa que no existe un lugar con las condiciones óptimas y con el profesional (enfermeras, médicos, especialistas) requerido para garantizar la adecuada prestación de los servicios. Adicionalmente, una de ellas expone un caso en el que se evidencia las demoras en la atención que condicionan y ponen en riesgo la vida de la población. Sandra indica: *“yo tuve la desgracia de ver una señora que se murió, ella sufría de epilepsia, llamamos a las guardianas, ella estaba boca abajo y se ahogó, la dejaron ahí se murió a las 2 a.m. y hasta el otro día, la sacaron y la botaron ahí”*.

Con respecto a la situación de mujeres en confinamiento extramural el panorama no es nada distinto, teniendo en cuenta lo que dice esta misma persona: *“yo tengo el brazalete, entonces solo puedo salir en una urgencia vital mía, que me haya caído o que me esté muriendo porque no puedo salir, me duele el estómago no puedo ir, tiene que ser algo vital para que yo salga de aquí”*. Lo anterior, reafirma que las mujeres en confinamiento extramural se encuentran

limitadas por procesos administrativos que deben ser tramitados ante el juez que lleva el caso y él, es el encargado de determinar la viabilidad y la oportunidad del desplazamiento del domicilio a los centros de salud, para la respectiva atención.

Por otra parte, la política criminal en su segundo principio menciona que su eje principal es brindar una respuesta a las necesidades explícitas de las mujeres privadas de la libertad, es así como se mencionan aspectos que intervienen en la salud física y mental de las personas, entre ellos mencionamos: procesos de resocialización, la alimentación y el fomento y desarrollo de actividades lúdicas.

Para el primer punto, los procesos de resocialización se realizan mediante las actividades de capacitación se faciliten la reintegración a la vida social; sin embargo, los resultados obtenidos denota un incipiente interés por el cumplimiento de las necesidades básicas para la vida de esta población, dado que estos son muy deficientes debido a las falencias en infraestructura, el hacinamiento y el poco recurso humano existente, tal como lo manifiesta Aunado a lo anterior, se debe mencionar que el acceso a estos procesos, se encuentran sujetos a la situación jurídica de cada persona, es decir si se encuentra condenada puede acceder a los beneficios para descontar el tiempo, pero si se encuentra sindicada la situación presenta otras características jurídicas a considerar.

En cuanto a la alimentación, además de ser una de las necesidades básicas del ser humano, es tipificado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité de DESC) como *“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a una alimentación adecuada o a medios para obtenerla.”* (45) frente al término de *“adecuadas”*, Laura indica que no se cuenta con los requisitos básicos sanitarios *“Uy no para nosotras terrible, pésima, más que pésima, mala por ejemplo para nosotras yo no tomaba sopa porque me pasaron chascos y dije no vuelvo a tomar sopa, en una me salió un gusano, en la otra me salió un poco de pelos”*; y frente a los *“...medios para obtenerlas”* se citan comentarios relacionados con actividades de corrupción (robos de materia prima, pago de

prebendas para obtener mejor calidad de los alimentos suministrados). Lo anterior, lo reafirma una de nuestras participantes (Claudia) quien indica *“...estábamos pagando el contrato de almuerzos son 25 que toca pagar los contratos de almuerzo porque si no tiene contrato de almuerzo les mandan el almuerzo como quieran.”*

Por otra parte, la temática relacionada con espacios destinados para el desarrollo de actividad física es crítica teniendo en cuenta el alto grado de hacinamiento, la falta de profesionales que estimulen las prácticas deportivas y la estructura organizacional (guardias) de los centros de reclusión. Lo anterior, repercute en gran medida en la salud mental y física de las internas, tal como lo manifiesta Graciela *“...Pues sí, allá había danzas, en un tiempo funcionó el gimnasio, pero lo cerraron no sé porque motivo”*.

Por último, el tercer principio de la política criminal tiene que ver con la rendición de cuentas y la transparencia de todos los procesos. A través de las entrevistas se puede evidenciar que la aplicación de este precepto se realiza con un doble propósito, el de condicionar las prácticas diarias y finalmente exigir la calidad de los servicios prestados por parte de la penitenciaria, tal como lo señala Laura: *“Si yo me enfermo ¿Qué tengo que hacer para que me atiendan?, ¿tratar mal a la guardia?, ¿tratar mal al médico y tratar mal a todo el mundo? Y ver si le ponen cuidado y decir vamos a llamar a procuraduría porque ustedes nos van a dejar morir”* ... *“Eso sí, cuando se realiza una supervisión de los servicios ofrecidos por la penitenciaría el mejoramiento se nota pero no es continuo”*, según lo refiere Claudia, quien igualmente menciona: *“el cambio lo nota uno por unos días pero a los dos días ya todo vuelve a ser igual”*.

Al analizar la información recopilada a través de nuestros participantes, se identifica que el mecanismo más efectivo para la exigibilidad de los derechos de la salud, es la huelga de hambre, la cual es organizada por las mujeres internas, como lo manifiesta Sandra: *“nos pusimos en huelga a no salir a comer porque la comida es demasiado mala, nosotras hicimos todas las embarazadas que no íbamos a comer y que no íbamos a comer y nos mandaron*

con el nutricionista y nos dijo que él iba a mejorar a tratar de mejorar la comida pero pues es igual todo es igual”.

Frente a lo mencionado, los expertos entre ellas Bertha concluye que una de las dificultades en la prestación de servicios de salud, a mujeres privadas de la libertad, radica en la falta de trabajo interinstitucional por parte de las diferentes organizaciones que están encargadas de regular, controlar y velar por el bienestar de esta población; es decir que no hay un diálogo constante o una red interconectada capaz de compartir experiencias, socializar resultados y trabajar mancomunadamente para brindar una alternativa que logre dar respuesta a las necesidades de toda la población a la que se le presta la atención.

Al respecto, Claudia expresa que *“se vuelve una cadena rota y ahí falta la conexión de todas esas entidades, o sea como una red de apoyo fuerte que se encargue de cumplir poco a poco los derechos, contestar las peticiones, la conexión yo sentí que cada entidad hace lo suyo y no hay ninguna conexión”.*

Con respecto a las redes de apoyo, se logró identificar que entre las mismas internas, se generan lazos fuertes que les permiten “subsistir” en el estado de privación de la libertad. En el caso de la familia, se evidenció que los familiares (mamás, abuelos) son la principal red de apoyo, los cuales se dedican en su gran mayoría al sostenimiento económico de la familia y a la crianza de los hijos y nietos. La situación es contraria para las relaciones de las parejas, dado que, de la totalidad de las participantes, solo dos continúan con una relación estable, la mayoría de ellas manifestaron que el contacto con sus parejas se debilitó y en algunos casos terminó por la privación de libertad.

6.2.3.4 Salud materno infantil.

Para esta categoría de análisis se tuvieron en cuenta dos variables. La primera se relaciona con las mujeres que ingresaron en estado de gestación al establecimiento penitenciario y la segunda, las que vivieron la experiencia del parto al interior del reclusorio. Para el primer caso, la información recolectada permite describir el contexto general de los centros de

reclusión y reconocer las complicaciones en las diferentes etapas de la gestación, siendo importante destacar que los servicios prestados en cuanto a la salud materno infantil no son los necesarios para llevar el curso normal de la gestación, tal como lo expresa Andrea, quién afrontó una situación particular: *“Ingresé a la reclusión embarazada incluso, pero por lo menos con la mala atención perdí a mi bebe por mucho estrés. Muchas cosas nuevas, muchas rabias y perdí a mi bebe allá”*. En esta situación se evidencia una deficiente atención en la primera etapa de gestación, teniendo en cuenta que, en esta etapa, se debe garantizar el primer control prenatal, inicio de consumo de micronutrientes, laboratorios de primer trimestre, consulta odontológica y determinar si es un embarazo de alto o bajo riesgo para brindar una respectiva atención y educación en salud a la gestante.

Otra de las participantes que se encontraba en gestación, señala las inconsistencias en cuanto a la atención médica que le brindaron en el centro de reclusión, los cuales se relacionaban con la falta de suministro de micronutrientes, ausencia de controles prenatales, exámenes de laboratorio y tamizajes prioritarios. Debido a esta situación, las mujeres exponen que la manera de solventar las necesidades diarias requeridas durante el embarazo se suplen gracias a redes de apoyo que se construyen dentro de las instalaciones carcelarias y en donde participan cada una de las mujeres en estado de gestación que hacen parte del patio cuatro, como lo manifiesta Sandra: *“Entonces ellos [los servicios de salud] a mí no me hicieron un control prenatal adentro nunca, no me daban las pastillas, las que me daban eran mis compañeras. Lo mismo las vacunas, había una compañera que le aplicaron una vacuna, a mí me aplicaron dos vacunas y ella tenía más tiempo de embarazo que yo y ella salió para tener su bebé y el bebé nació y a la hora se le murió y le dijeron que era producto de que ella no tenía todas las vacunas”*.

Lo anterior deja entrever el déficit en atención que se le brinda al binomio madre e hijo. Un caso particular, se presentó, por las demoras en los servicios prestados de un menor que presentó una patología con requerimiento de atención quirúrgica y al no llevarse oportunamente, se desencadenaron secuelas en su desarrollo infantil. Así como lo expresa Laura: *“Por falta de una ecografía no sabía que mi niña me nació enferma, ella no podía*

hacer popó, tuvieron que intervenirla a los cuatro días de nacida y le rajaron su estomaguito”.

Por otra parte, para el trabajo de parto, se indica que no existe un protocolo que permita la atención adecuada, dado que no se cuenta con las instalaciones adecuadas, ni con profesionales especializados para brindar una atención inmediata, ni para realizar el traslado oportuno al centro de atención más cercano; básicamente, se improvisa en la atención colocando en riesgo la vida del binomio madre e hijo, tal como lo expresa Claudia: *“una mujer está en trabajo de parto, y ellas empiezan a gritar se quejan y las sacan en una ambulancia para el hospital de Engativá.”*

Frente a las condiciones de los menores, existe información relevante que describe a grandes rasgos las condiciones, que día a día deben solventar las madres e hijos. Al hacer una precisión, entre los patios que existen dentro de la penitenciaría el número cuatro está asignado en su gran mayoría a mujeres en gestación y sus hijos, donde se encuentra una infraestructura propia para el entretenimiento y manutención de los infantes y sus madres.

Aunque no se desconoce la labor de entidades como el ICBF, que, en pro de proteger los derechos de los niños, instala guarderías en algunas penitenciarías, no obstante, es importante mencionar que estos beneficios son segregados para los centros de reclusión ubicados en las principales ciudades y se encuentran sujetos a disponibilidad de cupos. Lo anterior, se corrobora con lo manifestado por nuestra experta *“allá están con sus niños, pues ahí tenían como todo el plan del ICBF, con un convenio de la nutrición y de la lechecita que necesitan, dentro de la Institución y dijeron como que más o menos se cumple lo que debían consumir los chiquiticos ese fue el único establecimiento donde me dijeron eso, en la mayoría los niños no reciben los nutrientes necesarios, ni atención adecuada ósea, no tienen juguetes, no tienen suficiente espacio afuera, están encerradas en sus celdas con las madres, en algunos establecimientos son las 4:30 pm hasta las 6:00 am encerrados, o sea me pregunto si tienen que ir al baño, el niño... ¿ qué hacen? . Un niño no debería ser así, una persona no debería estar tanto tiempo encerrada”.*

Finalmente, se subraya que al transcurrir tres años se adelanta un proceso en el cual el familiar que esté dispuesto a hacerse cargo del menor se entrega en custodia y si no se envía a un hogar sustituto a cargo de entidades gubernamentales. Teniendo en cuenta el análisis de datos, se evidencia que no se realiza un adecuado proceso de atención psicológica, por lo que se presume una alteración emocional y mental en las madres e hijos, como lo refiere *Claudia*: “*Cuando se van sus hijos les da duro lloran, les da depresión porque en ese momento el niño se convierte en la única compañía que uno tiene.*”

Frente a lo mencionado, uno de los expertos indica: “*los niños sufren lo emocional por el encierro, sienten la prisionalización como que ya tan chiquitos sienten los muros y les afecta psicológicamente. Y lo que leí que muchos niños también necesitan acompañamiento psicológico por la separación con la madre, sobre todo, a veces también con el padre, pero más con la madre porque luego van con familias, cuidadoras o donde abuelos, tías*”.

7. DISCUSIÓN

Este estudio, tuvo como finalidad identificar los elementos estructurales y particulares que influyen en el derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad, mediante la recopilación y el análisis de las experiencias de mujeres penadas y pospenadas. Lo anterior, permitió que los resultados se contrastarán con los aprendizajes de los expertos.

Sumado a lo descrito, se pretendió discernir acerca de los temas más relevantes en cada categoría de análisis y su incidencia en el cumplimiento del derecho a la salud. Es así, que de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que el derecho a la salud de las mujeres privadas de la libertad, se encuentra condicionado a elementos estructurales (legislación nacional e internacional del sistema carcelario, la política criminal) y particulares (caracterización de la población, características físicas y logísticas de los centros de reclusión penitenciario y carcelario; relaciones y convivencia de las mujeres privadas de la libertad, redes de apoyo, entre otros) que inciden de forma directa en el cumplimiento y garantía de este. Ligado a lo anterior, el enfoque de género se instituye como una categoría de análisis fundamental, dado que es un eje transversal a los demás aspectos analizados en este estudio y a su vez influye de forma significativa en el cumplimiento de las

políticas públicas, el desarrollo de la vida económica, social, cotidiana y privada de los individuos de una sociedad. Adicionalmente, se constituye como una herramienta tangible para identificar las diferencias de roles y/o funciones que le impone la sociedad a cada individuo. A continuación, se describen los aspectos considerados en la discusión para cada categoría de análisis:

7.1 Derecho a la Salud en las mujeres privadas de la libertad

Esta investigación, entre otros, se fundamenta en el concepto de Franco, el cual indica la necesidad de comprender el Derecho a la Salud, como una integralidad donde el “Buen Vivir”, se sustenta a partir de la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas en pro garantizar el desarrollo de los individuos y la construcción de una sociedad en la que se evidencie el bienestar común y una vida digna. Según lo mencionado y el análisis de los resultados obtenidos se puede evidenciar que, para las mujeres privadas de la libertad, el derecho a la salud se limita exclusivamente al acceso a los servicios de salud, bajo los parámetros de calidad y oportunidad; y aunque manifiestan inconformidad frente a aspectos cotidianos que influyen directamente en la salud física, mental y emocional, no se evidencia una construcción sólida del concepto de la Salud como una integralidad.

El *Buen vivir*, en el contexto penitenciario y carcelario, es un concepto fragmentado porque que en la actualidad existen necesidades básicas de la población privada de la libertad que no se garantizan, en la medida en que elementos particulares como la infraestructura no establece condiciones básicas de higiene y sanidad; la alimentación, factor determinante para suplir los procesos básicos vitales, no cumple con los requisitos básicos nutricionales, ni las condiciones higiénicas y de salubridad necesarias. Otros, aspectos a considerar se relacionan con la ausencia de espacios y limitaciones logísticas para la realización prácticas deportivas y actividades que contribuyan a los respectivos procesos de resocialización.

Con respecto al acceso a los servicios de salud, existen elementos estructurales de gran incidencia en esta temática como son la normatividad vigente en nuestro país, siendo importante acotar la Ley 100 del 93 “*Sistema General de Seguridad en Salud*”, (47) el cual dentro de los principios que sustentan, se encuentra el de Universalidad, la cual es definida

como la garantía de protección para todas las personas sin discriminación; para las mujeres privadas de la libertad, no se aplica a cabalidad este principio debido a que el estudio arrojó que existen ciertas limitaciones para acceder a los servicios ofrecidos dentro de la penitenciaría debido al tipo de régimen en salud (Subsidiado o contributivo) al cual están afiliadas cada una de las internas, ya que dependiendo del régimen se garantiza o no la atención.

De manera análoga, y como elemento particular las mujeres privadas de la libertad tienen claro que el primer filtro para acceder a los servicios de salud dentro del establecimiento es la líder de patio elegida por las internas, quien se encarga de comunicar las necesidades a la dragoneante de turno. Cabe anotar, que el éxito del acceso al servicio de salud se ve limitado por el nivel de empatía con los intermediarios del proceso (dragoneante y líder “Derechos humanos”). Lo anterior, discrepa del principio de universalidad.

Por otra parte, el principio de la oportunidad se define como la posibilidad que tiene un usuario para recibir una atención, (47) de esta manera podemos determinar que el tiempo de atención no es acorde a las patologías o necesidades de las internas, teniendo en cuenta que en el análisis de los resultados estableció que las demoras en la atención se encuentran ligadas a los políticas internas de la institución y a procesos de logística que no contemplan la necesidad de clasificar la atención a corto mediano o largo plazo. Situación de similar criticidad se presenta con las mujeres en detención domiciliaria, los cuales se encuentran sujetas a trámites y disposiciones legales y judiciales para acceder a los servicios de salud. Frente a lo mencionado y al cotejar la información recopilada, se observan coincidencias con lo identificado en las investigaciones de Hernández y Piñeros, quienes señalan que las principales deficiencias en la prestación de servicios de salud a las Personas Privadas de la Libertad, obedecen en primera instancia a los limitantes en la accesibilidad a los servicios de salud; y en el segundo caso, a la poca claridad en el diagnóstico situacional de la población privada de la libertad asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario; y concluye que los procesos y las acciones sanitarias dentro del ámbito de prisiones presentan un conjunto de carencias y atrasos que obedecen a la falta de claridad a nivel de la rectoría en salud pública y al proceso de desinstitucionalización

sanitaria de las entidades a cargo por la transferencia de sus funciones y responsabilidades, que a la larga ocasionará mayores obstáculos en la ardua tarea de garantizar la salud de la población reclusa. (33)

Por otra parte, desde el contexto histórico, la salud sexual y reproductiva de las mujeres se caracteriza por presentar impedimentos para tomar decisiones sobre sí mismas y sobre sus cuerpos; es así, como la sexualidad ha sido limitada por tabúes o reglas morales preconcebidas impuestas por la sociedad. Para el caso específico de la población privada de la libertad, son evidentes los límites existentes, los cuales no contribuyen a garantizar la salud sexual y reproductiva como un derecho. Entre los cuales se mencionan: 1) la ausencia de un espacio sanitario y privado para acceder las visitas íntimas; 2) Los sesgos culturales y sociales que restringen la decisión de la mujer para seleccionar su pareja de acuerdo con la cantidad, frecuencia y género de su preferencia; 3) vacíos estructurales relacionados con la ausencia de educación para una sexualidad responsable y con acceso a métodos de planificación que permitan prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Lo anterior, vislumbra que no existe coherencia entre lo identificado en la investigación y lo planteado por el Estado Colombiano con respecto a las responsabilidades para garantizar el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, de forma libre, autónoma y sin discriminación, protegiéndolas en caso de que estas, sean vulneradas bajo distintas formas coercitivas o de violencia.

Otro aspecto a considerar, en el concepto de la Salud como integralidad, es la salud mental, la cual se encuentra definida por la Organización mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar biopsicosocial donde la noción de bienestar trasciende más allá de lo meramente físico, e involucra factores sociales que inciden en el bien vivir de las personas, en su comportamiento y en la construcción de las relaciones con los demás (41). Para el caso específico de la población femenina privada de la libertad el estudio “*Mujeres prisiones y salud mental*” realizado con el 60% de las mujeres reclusas de Uruguay, determinó que la alta prevalencia de vida en el consumo de psicofármacos hace necesaria una reflexión más general acerca de este fenómeno. Lo anterior, concuerda con datos a nivel mundial donde se muestra que en la mayoría de los países se presentan altas tasas de prevalencia de los denominados trastornos mentales (34). Es decir que en estos entornos reducidos y específicos

se encuentran índices mucho mayores de patologías mentales que en la población en general para todas las categorías diagnósticas. No obstante, estos indicadores presentados por diferentes investigadores suelen ser muy diversos y variables debido principalmente a los criterios diagnósticos utilizados y a las estrategias de medición y descripción utilizadas. Es así, que la salud mental se convierte en un problema de salud pública que necesita atención a nivel mundial, ya que, por las condiciones de estas poblaciones, la vulnerabilidad al padecimiento de trastornos mentales es alto y se incrementa en el caso de las mujeres.

Por otra parte, el informe de atención en salud mental a población privada de la libertad, en Colombia, describe que para el 2015, existían 2.340 internos diagnosticados con trastorno mental, lo que representa el 1.92 % del total de la población, evidenciándose disminución entre los años 2013 y 2015. Así mismo, plantea que las condiciones de salud mental de la población privada de la libertad son uno de los principales problemas de salud pública, ya que lo expresan como “caldo de cultivo” donde se presentan varios agentes estresores que hacen que la población sea más vulnerable a diferencia de la población en general, dentro de esos factores mencionan los siguientes: la pérdida de privacidad y autonomía; la distorsión del tiempo y el espacio; la sensación de soledad debido al rompimiento abrupto de las relaciones sociales; el tedio y otras situaciones características propias de la vida en prisión. (35) Lo anterior, son factores de riesgo, que, aunados a la falta de suficientes recursos psicológicos, la no existencia de espacios disponibles para brindar una atención segura, la intermitente atención psiquiátrica en cuanto a consultas y suministro de medicamentos, originan un panorama crítico frente a la satisfacción de las necesidades de la población y el cumplimiento del Derecho a la Salud.

Lo anterior, es concordante con los resultados obtenidos en esta investigación y nos permite concluir que dentro de los procesos administrativos no se ha gestionado la infraestructura y el recurso humano necesario para proporcionar un modelo de atención con enfoque preventivo que permita desarrollar estrategias de afrontamiento y de prevención a la aparición de la enfermedad; que en el caso de la salud mental se ve limitada la atención por la presencia clara de un diagnóstico o patología mental. Adicionalmente, es necesario resaltar

que dentro de esta dimensión deben existir un conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permitan poner en práctica diferentes estrategias como promover la salud mental y la convivencia, la prevención y atención integral a los problemas, como trastornos mentales y diferentes formas de violencia entre otros. (35).

Por último, con respecto a la Salud Materno infantil, es importante indicar que los Objetivos de desarrollo sostenible, establecen como prioridad reducir la mortalidad materna, es indispensable garantizar a todas las mujeres en calidad de gestantes el derecho a la salud, esto implica el acceso, la oportunidad y la calidad en los servicios que permitan la pronta atención y garanticen el cuidado materno y perinatal. (27). Este planteamiento, se reafirma con otros estudios que indican que las muertes maternas y neonatales, son una expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y aún constituyen un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe. Para el caso, de la población privada de la libertad, la información es vaga y pocas veces se encuentran estudios sobre la situación en salud de estos centros de reclusión. Sin embargo, es de conocimiento público que para garantizar la atención en salud en las cárceles es necesario establecer normas que protejan los derechos de esta población, políticas y estrategias que permitan a los profesionales de la salud actuar con independencia y con autoridad frente a las administraciones de las penitenciarías. De igual forma, es necesario contar con diferentes recursos que permitan brindar a las reclusas la atención igualitaria. Lo anterior, es concordante con lo evidenciado en este estudio, el cual concluye que en la primera etapa de gestación (primer control prenatal, laboratorios de primer trimestre, consulta odontológica, suministro de micronutrientes y clasificación de embarazo de alto o bajo riesgo) no se cumple con lo requerido; por su parte, en la segunda etapa de gestación, se observan falencias debido a la falta de suministros y en cuanto al trabajo de parto se brinda una atención intempestiva, por lo cual las mujeres privadas de la libertad, deben esperar un tiempo prolongado para que llegue una ambulancia a la penitenciaría y poder desplazarse al centro de salud correspondiente. Cabe anotar, que el embarazo y el parto son situaciones que requieren cuidado especial y tienen riesgo de complicación, específicamente durante el proceso del parto, por lo que todas las mujeres sin excepción necesitan cuidado antes durante y después

del mismo, la implementación de medidas para lograr un periodo materno y perinatal seguro son claves para la madre y para el recién nacido en especial en el primer año de vida

7.2 Relación de la política criminal y el enfoque de género en el Derecho de la Salud:

De acuerdo con los resultados obtenidos, es importante mencionar que la política criminal y el enfoque de género, desde sus perspectivas inciden en el cumplimiento o no del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, por lo que es importante detallar las principales consideraciones identificadas y su respectivo impacto. Cabe anotar, que estas dos categorías de análisis se encuentran correlacionadas, por lo que se abordaron de forma conjunta.

En cuanto a la política criminal, se puede evidenciar que existen diferencias relevantes en cada uno de los países consultados y estas difieren con el colombiano, dadas las condiciones sociales, económicas y políticas de nuestro país; adicionalmente, por la estructura organizacional que ha implementado el Estado en pro de garantizar la justicia. Lo anterior, deja vislumbrar que la sociedad colombiana, es una sociedad punitiva, cuyo principio de implementación del orden es el castigo, lo cual se refleja en el alto número de personas privadas de la libertad, que en muchos casos se encuentran sindicadas por largos periodos de tiempo y sin un fallo jurídico que les permita definir su situación. Cabe anotar que lo mencionado, profundiza la crisis del sistema penitenciario y carcelario de nuestro país, por el alto grado de hacinamiento y las limitantes para implementar adecuados y efectivos procesos de resocialización, que en gran medida impactan en la salud mental y física de las personas privadas de la libertad.

Con respecto al hacinamiento constatamos que es una problemática bien marcada dentro de este contexto y se relaciona con la ausencia de espacios no aptos que garanticen el bienestar y sanidad de la población privada de la libertad. Lo anterior, se correlaciona con las situaciones de inequidad social (desempleo, ausencia de educación, violencia) presentadas en nuestro país y el congestionamiento judicial al cual se encuentra expuesto la sociedad

colombiana. Es así, que consideramos que centrar la política criminal dentro del contexto real, podría mitigar de alguna manera las necesidades que subyacen y limitan el bienestar físico y mental de la población privada de la libertad.

Con relación a los procesos de resocialización como segundas oportunidades, discernimos que estas son herramientas tangibles que pueden contribuir a la garantía del derecho a la salud, dado los procesos físicos, mentales y emocionales que se desarrollan con la ocupación y productividad de las personas en el tiempo libre. En la actualidad, existen avances normativos que permiten desarrollar ideas emprendedoras y sostenibles en largos periodos de tiempo, no obstante, para el caso específico de las mujeres, la situación no es alentadora dado que en la mayoría de los casos, los procesos de resocialización no satisfacen necesidades del mercado laboral, tal como lo menciona el informe de la universidad Javeriana: *Mujeres y prisión en Colombia: “Las cárceles tienen programas laborales mucho más enfocados en artesanías, costura, tareas que son tradicionalmente femeninas y que no son tan relevantes para el mercado laboral. Pareciera que la cárcel no solo reproduce la subordinación de las mujeres, sino que la refuerza.”* (48) Aunado a lo anterior, estos procesos, se abordan principalmente para las personas condenadas y que se encuentran en detención intramural. Frente a lo mencionado, surgen interrogantes relacionados con el acceso a los procesos de resocialización de las personas en detención extramural y las que se encuentran en situación jurídica sin definir (sindicadas).

Por otra parte, profundizando acerca de la relación de la política criminal y el derecho a la salud, La ley 1709 de 2014 en el artículo 104 “*Determina el Acceso a la salud, sin discriminación por su condición jurídica a las personas privadas de la libertad (10)*” y dice que se garantizarán la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas o mentales, en todos los centros de reclusión, mediante la creación de una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria. Adicionalmente, menciona (art 105) que El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) deberán diseñar un modelo de atención en salud especial e integral para la población privada de la libertad, que incluya a las personas que se encuentra en prisión domiciliaria; financiado con recursos del

Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.

Con base a lo anterior y teniendo conocimiento de lo que expone la ley y bajo la luz de otras leyes que sustentan la política criminal nos dispusimos a analizar los resultados obtenidos y a partir de estos se evidenció que la prestación y el acceso a los servicios de salud se ve limitado por condiciones propias del contexto penitenciario y carcelario, como lo son el hacinamiento, la falta de recurso humano y material, de infraestructura y redes intersectoriales que permitan una resocialización y rehabilitación de la población.

Con respecto al enfoque de género, la Procuraduría General de la Nación en su estudio *“Mujeres y Prisión en Colombia: análisis desde una perspectiva de Derechos Humanos y Género”* (3) Realiza el análisis del contexto general y particular de las mujeres privadas de la libertad, brindando una tipificación de los delitos que se relacionan con las mujeres, encontrándose que el tráfico de estupefacientes y la extorsión son las principales actividades ilícitas por las que han sido judicializadas estas mujeres. Adicionalmente, al hablar de aspectos puntuales nos llaman la atención algunas referencias teóricas que se realizan en este estudio, como es el caso de Hoffman, quien en su estudio evidencia las limitaciones particulares que tienen las mujeres en cuanto a la dotación de productos básicos y de uso exclusivo femenino. Otro aspecto para considerar es el de las relaciones conyugales, el cual tiene como principal característica el desplazamiento de la mujer al establecimiento masculino por *“condiciones de seguridad”*. En el estudio anteriormente mencionado, también se hace evidente la misma preocupación ya que exponen *“por qué las autoridades penitenciarias disponen que sean las mujeres quienes se desplazan al establecimiento masculino, y nunca los hombres quienes acuden a visitar a sus compañeras”* (35)

Frente a lo mencionado, se evidencia cierta similitud en cuanto a lo expuesto en el estudio realizado por la Procuraduría y el análisis de los resultados de este estudio principalmente en lo relacionado a la incipiente implementación del enfoque de género en las prácticas administrativas y del personal encargado de la seguridad en la penitenciaría: *“la ausencia de una formación especializada del personal, tanto directivo como de custodia y vigilancia, en*

materia de género”. Por otra parte, estudios como el de los autores Pozo y Martínez (35) indican que, en Colombia, se han realizado reformas importantes al código penitenciario y carcelario como la inclusión del enfoque diferencial en materia de género, edad, grupo étnico en los centros de reclusión, no obstante, concluyen que la política planteada no asume con determinación una rectoría de género que permita dar respuestas especializadas a las características específicas y necesidades de las mujeres. Así mismo, consideran que la ley 1709 del 20 de enero de 2014 aborda aspectos básicos de las mujeres y los menores, pero no genera estrategias que permitan obtener respuestas integrales de género intersectoriales, que a su vez se reflejen en programas eficaces de salud, socioeducativos, sociolaborales entre otros.

Es importante indicar, que la ley 1709/2014 pretende generar lazos de coordinación intersectorial, para que desde la perspectiva de género analizada, se incorpore un conjunto de acciones positivas para las mujeres tradicionalmente discriminadas, que permitan tener atención preferente de las necesidades, a partir de las características de las mismas, sus hijas/os menores de tres años y sus familias, no obstante de manera concluyente el estudio *“Retos del tratamiento penitenciario en Colombia”* (12) afirma que la nueva ley avanza en su tratamiento hacia las mujeres, sin embargo no asume una política integral de género que dé respuestas especializadas desde enfoques diferenciales y alternativos, especialmente para las madres y sus infantes (12).

Frente este tema, en el informe que presenta Oliver Robertson *“Niños y Niñas presos de las circunstancias”* expone el caso puntual de Canadá el cual dentro de su política criminal plantea la posibilidad de la residencia de los hijos de las mujeres privadas de la libertad hasta la edad de los 12 años. Respecto a lo mencionado, surge un interrogante y es cuando empezamos a reflexionar sobre las circunstancias particulares que contempla la política criminal en Colombia, y en los diferentes países alrededor del mundo, donde se identifica que la edad promedio establecida para los hijos de las mujeres privadas de la libertad oscila entre 1 año y 3 años y difiere a las políticas administrativas de cada penitenciaría. Esta comparación nos permite preguntarnos qué condiciones podrían incidir en la política criminal

colombiana para garantizar un adecuado proceso de adaptación del menor y de su madre en el momento de romper el vínculo filial de madre e hijo.

Frente a lo descrito se corrobora la importancia de articular los procesos de salud penitenciaria con la Salud Pública, dada la necesidad de satisfacer los requerimientos de hombres y mujeres, bajo parámetros de equidad y oportunidad.

A partir de esta premisa, la correlación de la Salud Pública y la Salud Penitenciaria se fundamentaría en la generación de alternativas que promuevan la calidad de vida de la población, en este caso la privada de la libertad para la construcción de respuestas colectivas que permitan articularse con las diferentes esferas sociales.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con la revisión documental y el trabajo de campo, se evidenció avances en la normatividad vigente relacionada con el derecho a la salud, la política criminal y el enfoque de género, y en cada uno de ellos se plantea objetivos interesante enmarcados en la garantía de los derechos humanos y su cumplimiento es un compromiso reiterativo del Estado, no obstante, se hace necesario que, estas tres categorías de análisis, se plasmen y se ligen de forma inherente en la cotidianidad del sistema carcelario y penitenciario, a fin de promover estrategias que contribuyan al bienestar y dignificación de las mujeres privadas de la libertad.

Por otra parte, este estudio demuestra que el derecho a la Salud de las Mujeres Privadas de la libertad no corresponde a un concepto integral de la salud física, mental y emocional, sino que se encuentra relacionada con la calidad y oportunidad de la prestación de servicios médicos. Es importante mencionar, que para el cumplimiento de este derecho existen limitantes estructurales y particulares que inciden en la garantía del Buen -vivir de las personas, por ello, es importante articular y garantizar en el accionar diario políticas públicas que contribuyan las adecuadas condiciones sanitarias de los centros de reclusión, alimentación inocua y nutritiva, y fomento de prácticas saludables para el desarrollo físico y mental de la población.

Para el caso específico del acceso a los servicios de salud para las mujeres privadas de la libertad en confinamiento intramural y extramural, se determinó que se mantienen de forma similar las restricciones en lo relacionado las valoraciones médicas iniciales, atención por especialistas, acceso a exámenes especializados y medicamentos. No obstante, para las que se encuentran en confinamiento extramural (detención domiciliaria), la situación es más agravante dado una serie de limitaciones (trámites judiciales) que le impiden salir de su domicilio, lo cual generan demoras y en algunos casos negación para acceder a los respectivos servicios de salud.

Con respecto a la salud materno infantil, la organización y clasificación interna de la penitenciaría tiene en cuenta ciertas características para la estancia de mujeres en estado de gestación y sus hijos y aunque el patio donde habitan difiere de los otros, por tener espacios más “armoniosos” que permiten mejorar la calidad de vida de los menores, el deterioro y el hacinamiento, son factores predominantes que inciden en la convivencia del binomio madre e hijo. Así mismo, este estudio, nos permitió concluir que las mujeres privadas de la libertad al ser separadas de sus hijos presentan una serie de dificultades emocionales que no son abordadas y tienen un alto impacto en la calidad de vida de las madres e infantes, razón por la cual se plantea la necesidad de implementar y fortalecer los procesos de atención médica y psicológica, fundamentadas en un adecuado diagnóstico, que permita determinar las diferentes patologías, nivel de gravedad y tratamiento a seguir.

Por otra parte, la categoría de análisis de la política criminal tiene una relación estrecha con el derecho a la salud y para el caso específico de las mujeres privadas de la libertad se evidencian vacíos legislativos que profundizan la brecha entre lo contemplado en la ley y la práctica diaria; situación que demuestra el no cumplimiento de los principios transversales de la política como son la igualdad, la reintegración a la vida social, la transparencia y rendición de cuentas. Lo anterior, se demuestra en la falta de efectividad de los procesos de resocialización, los sesgos identificados para el acceso a las visitas conyugales y las falencias en la continuidad y el acceso a las vías de reclamación de los derechos humanos, en especial, el de la salud. Cabe anotar, que, en este estudio, se identificó que las mujeres privadas de la libertad han realizado construcciones sociales en pro de defender sus derechos y han

determinado como mecanismo para la exigibilidad de estos, la protestas grupales e individuales, las acciones legales (derechos de petición, tutela) y en casos extremos las autolesiones.

Con respecto al enfoque de género en el sistema penitenciario y carcelario de nuestro país, se concluye que es un concepto incipiente y no presenta criterios claros para su implementación en cada campo de intervención (procesos administrativos, logísticos y técnicos). Lo anterior, demuestra diferencias relevantes en la satisfacción de las necesidades de mujeres y hombres y reafirma que, en la actualidad, el enfoque de género aún no figura como un eje central en la política criminal ni en la vida cotidiana, que los hombres aún ejercen cierta presión psicológica, y aplican niveles de poder jerárquico que inciden en el sometimiento de las mujeres para ejercer en algunos casos acciones delictivas que determinan su situación penal y judicial.

Por lo anterior, este estudio plantea la necesidad de realizar estudios relacionados con:

- Avances y limitantes en salud para la población privada de la libertad en confinamiento extramural.
- Procesos de resocialización como estrategia de descongestionamiento judicial y reincorporación a la sociedad de las mujeres privadas de la libertad
- Estrategias de intervenciones en salud de promoción y prevención prioritariamente en salud mental.
- Intervenciones para fortalecer la relación binomio madre e hijo y su impacto en el contexto penitenciario y carcelario.
- Estrategias que permitan garantizar la adherencia de enfoque de género en las políticas penitenciarias y carcelarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coyle A. Prisiones y prisioneros: una revisión desde los estándares internacionales de derechos humanos. Anuario DDHH. No. 8 (2012): 17-29, Disponible en: <http://www.anuariodh.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewFile/20550/21722>
2. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2008. Disponible: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinterrelacionadosconelVIH/OPS/Gu%C3%ADa%20para%20el%20control%20de%20la%20tuberculosis%20en%20poblaciones%20privadas%20de%20libertad%20de%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>
3. Bríceño, Donn, Marcela. *Mujeres y prisión en Colombia: análisis desde una perspectiva de derechos humanos y de género*. Procuraduría General de la Nación (PGN), Bogotá. 2007. Revista Universidad Nacional, Disponible: <http://bdigital.unal.edu.co/54279/1/9789588295282.pdf>
4. Rodríguez M, Mujer y Cárcel en América Latina. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. 2004. Disponible en: <http://biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/622/mujer-carcel-america-latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Antony C. Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. Revista Nueva Sociedad. No 208, marzo-abril de 2007, ISSN: 0251-3552, <www.nuso.org>. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2382440>
6. Análisis y reorientación de la estrategia de seguimiento al estado de cosas inconstitucional (ECI) en materia penitenciaria y carcelaria. Seguimiento unificado a las sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015. Disponible en: <http://www.c.orteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2018/a121-18.htm>
7. Decreto 2245 del 2015. Ministerio de Justicia y Del Derecho. República de Colombia. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/decreto%20unico/%23%20decretos/13.DECRETO%202245%20DEL%2024%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202015.pdf>
8. Sánchez, A. Rodríguez L, Fondevila G, Morad J. Mujeres y Prisión en Colombia, Desafíos para la política criminal desde un enfoque de género. Bogotá, D.C. Colombia, diciembre 2018. Disponible en:

<https://cienciasjuridicas.javeriana.edu.co/documents/3722972/10358645/MUJERES.pdf/097a29b4-abe2-4216-9c21-f513b4d49595>

9. Bourdieu, Pierre, La Teoría Social, Usta, Facultad de Cs. Jurídicas, Políticas y Sociales, Disponible: <http://www.unsta.edu.ar/wp-content/uploads/2013/05/Clase-15-La-teor%C3%ADa-social-de-Pierre-Bourdieu.pdf>
10. Defensoría del pueblo. Informe Defensoría 111 de 2004, Disponible en: http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/02/18_informe_congreso_II.pdf
11. Instituto Ros arista de Acción Social, SERES. Desarrollo del sistema penitenciario y carcelario colombiano entre 1995 y 2010, en el marco de las políticas de Estado a partir de las sentencias de la Corte Constitucional. Universidad del Rosario, 2011. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/AccionSocial/documentos/Desarrollo_del_sistema_penitenciario.pdf
12. Colombia. Ley 1709 de 2014, enero 20, por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la ley 599 de 2000, de la ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Justicia; 2014. Disponible en. <https://www.uspec.gov.co/images/stories/NORMATIVIDAD/Leyes/Ley-1709-2014.pdf>
13. Moragas, R. Enfoque Sociológico de diversas concepciones de salud Revista Sociológica, Universidad de Barcelona. 1976. Número, _____ paginas? Disponible: <https://papers.uab.cat/article/view/v5-moragas/pdf-es>
14. A, Franco. C, Álvarez. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín Colombia; Universidad de Alicante, Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS), Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBER ESP). (Human rights, an opportunity for public policies in health). Febrero 2008. Disponible en: <file:///F:/literatura%20nueva/1-s2.0-S0213911108712457-main.p>
15. Norza E, González A, Moscoso M, González J. Descripción de la criminalidad femenina en Colombia: factores de riesgo y motivación criminal. ISSN 1794-3108. Rev. crim., Volumen 54, número 1, enero-junio 2012, Bogotá, D. C., Colombia. Disponible en: http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/v54n1/08Descrpcion_delacriminalidad.pdf
16. Informe Final, Diagnóstico y propuesta de lineamientos de política criminal para el Estado colombiano. Comisión asesora de política Nacional. Comisión Asesora de Política Criminal. Junio, 2012. Disponible en:

- https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/INFO%20POLI%20CRIMINAL_FINAL23NOV.pdf
17. OMS. Salud de la Mujer. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/women-s-health>
 18. Colombia. Ministerio de Justicia, Inpec. Modelo de atención en salud para la Población Privada de la Libertad a cargo del Inpec versión 13 03 2014. Documento de trabajo. Disponible:
<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/decreto%20unico/%23%20decretos/13.DECRETO%202245%20DEL%2024%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202015.pdf>
 19. García, E., Becerra, J. & Aguilar, A. Población presa en Europa: especial referencia a la realidad penitenciaria española. Revista Criminalidad Europea. 2012. 54 (2): 77-100.
 20. Robertson O. Niños y Niñas Presos de las Circunstancias. Geneva: Quaker United Nations Office; 2008. Disponible:
http://www.quono.org/sites/default/files/resources/ESPAN%CC%83OL_Children%20Imprisoned%20by%20Circumstance.pdf
 21. Carranza. Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe: cómo implementar el modelo de derechos y obligaciones de las Naciones Unidas. México D. F.: Siglo XXI Editores. 2009.
<http://www.inej.edu.ni/wp-content/uploads/2012/09/Situaci%C3%B3n-penitenciaria-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>
 22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Determinantes De Salud. [Electronic(1)]. 18 08 2016. [Consultado el 26 03 2017 2017]. Disponible en:
<http://www2.paho>.
 23. Moragas, R. Enfoque Sociológico de diversas concepciones de salud Revista Sociológica, Universidad de Barcelona. 1976. Disponible: <https://papers.uab.cat/article/view/v5-moragas/pdf-es>
 24. Pacto internacional de Derechos Económicos sociales y culturales. Naciones Unidas Derechos Humanos. Asamblea General en Resolución. 1966. Disponible en:
<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
 25. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de Colombia, Julio 20. Bogotá: 1991. Disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>

26. Plan Decenal de salud Pública. Dimensiones en salud. Convivencia social y salud Mental. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
27. Objetivos de Desarrollo sostenible, Colombia. Herramientas de aproximación al contexto local. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Disponible: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSW-2016.pdf>
28. . Declaración Universal de los Derechos humanos. Naciones Unidas. 2015. Artículo 25. Disponible en : https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
29. Organización de los Estados Americanos (OEA). Convencion interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "convencion de belem do para" Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
30. Colombia. Ley 1709 de 2014, enero 20, por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la ley 599 de 2000, de la ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Justicia; 2014. Disponible en. <https://www.uspec.gov.co/images/stories/NORMATIVIDAD/Leyes/Ley-1709-2014.pdf>
31. . Resolución 4886 de la Republica de Colombia. Ministerio de salud y protección social. 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf
32. Fletscher, C. Revista Mujer salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. Participación política de las mujeres Acoso y violencia política. Revista Mujer salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2011. Disponible en: <file:///F:/literatura%20nueva/Fletscher%20F.%20RSMLAC.%202011.-1.pdf>
33. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. INPEC. Ministerio del Interior y de Justicia. Republica de Colombia. Conceptualización Marco Normativo y Consideraciones Generales de las mujeres privadas de la libertad. Boletín 2008. <https://grupodeprisiones.uniandes.edu.co/images/stories/relatorias/PRISIONES-OCT2011/ENT.ESTATALES/INPEC/BOLETINES/boletin28mayo2008.pdf>
34. Instituto de Medicina Legal. Informe Forensis. Bogotá: 2015, Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/>

[/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/forensis-2015-informacion-estadistica-sobre-violencia-en-colombia;jsessionid=723AEA36DA4A937937DBF4529C372208](#)

35. Pozo, F; Martínez, J. Retos del tratamiento penitenciario en Colombia, enfoque y acción diferencial de género desde la perspectiva internacional. Disponible: www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794...lng=es
36. Implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad en Colombia.ppl.INPEC.Version 2017. Disponible: http://www.fiduprevisora.com.co/documents/FiduconsorcioPPL/Invitaciones/Invitacion001/Documentos/Implemen_Mode_Salud_para_PPL.pdf
37. Mejia. R. Mujeres Madres en Prisión en América Central. Universidad Estatal a Distancia. I Edición. San José, Costa Rica, 2005.Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/29184.pdf>
38. Cuvardic. G. Los marcos interpretativos en la Ciencia Social. Vol 8. 2001. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11271>
39. Declaración de Helsinki, Disponible en: <http://www.wma.net/es/60about/70history/01declarationHelsinki/>
40. Declaración Universal de los Derechos humanos. Naciones Unidas. 2015. Artículo 25. Disponible en : https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
41. OMS. Salud Mental: un estado de bienestar. 2006.Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
42. Resolución 4886 de la Republica de Colombia. Ministerio de salud y protección social. 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf
43. Instituto Nacional penitenciario y carcelario INPEC. Informe estadístico. Bogotá: 2015. Disponible en: <file:///C:/Users/Downloads/1%20INFORME%20ENERO%202017.pdf>
44. Ley 1438 del 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
45. Robertson O. Niños y Niñas Presos de las Circunstancias. Geneva: Quaker United Nations Office; 2008. Disponible: http://www.quno.org/sites/default/files/resources/ESPAN%CC%83OL_Children%20Imprisoned%20by%20Circumstance.pdf

46. Franco, S. Retomando el Buen Vivir. 2016. Revista Universidad Javeriana. Vol 26. Disponible en: [http://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20\(2018-I\)/54555308015/](http://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-I)/54555308015/)
47. Ley 100 de 1993. Disponible en. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
48. Cely, Juliana Morad Acero y Gustavo Fondevila. Mujeres y prisión en Colombia: desafíos para la política criminal desde una perspectiva de género 2016. Centro de Investigación y Docencia Económicas de México (CIDE). Disponible: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c59c7154.pdf>

