



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

***SISTEMAS DE SALUD PARA EL SIGLO XXI***

**TESIS DE GRADO**

**TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA**

**“Lineamientos para mejorar el Sistema de Atención en Salud en el Centro de  
Rehabilitación Social Femenino de Quito”**

**MAESTRANTE**

**Dr. José Luíz Vivanco Narváez**

**SEXTA PROMOCIÓN**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dra. Norma Armas**

**Quito-Ecuador**

**2011**



## **1 AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por haberme dado la fuerza necesaria y el ánimo para concluir, a mi esposa y a mi hija María Paz por haberme dado la inspiración necesaria para continuar y a mis tutores por haberme guiado.



## DEDICATORIA

A las personas que han sufrido las consecuencias de nuestra sociedad inequitativa y selectiva, víctimas del Sistema:

*“Las Personas Privadas de Libertad”*

*El Espíritu del Señor está sobre mí,  
Por cuanto me ha ungido para dar buenas nuevas a los pobres;  
Me ha enviado a sanar a los quebrantados de corazón;  
A pregonar libertad a los cautivos,  
Y vista a los ciegos;  
A poner en libertad a los oprimidos;  
**Lucas 4,18***



## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, JOSÉ LUIS VIVANCO NARVÁEZ con CI 1712612876 autor del trabajo de graduación titulado “Lineamientos para mejorar el Sistema de Atención en Salud en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito”, previa a la obtención del grado académico de MAGISTER EN SALUD PUBLICA en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la PUCE:

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito 29 de Noviembre del 2011

Dr. José Luis Vivanco Narváez  
CI: 1712612876

## 2 ÍNDICE DE CONTENIDOS Y GRÁFICOS

### Tabla de contenido

<b>1 AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>2</b>
<b>2 ÍNDICE DE CONTENIDOS Y GRÁFICOS</b> .....	<b>5</b>
<b>3 RESUMEN/ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>4 PRESENTACIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>5 ANÁLISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)</b> .....	<b>10</b>
Funciones del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto:.....	11
5.1 DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE CONSTITUCIÓN 1998-2008.....	12
5.2 DIAGNÓSTICOS SITUACIONALES 2007 Y 2011 .....	13
5.3 ANÁLISIS DE ACTORES .....	15
5.4 ANÁLISIS DE LA DEMANDA-NECESIDADES TÉCNICAS-OFFERTA .....	18
5.4.1 Demanda.....	18
5.4.2 Oferta.....	20
5.4.3 Necesidades Técnicas.....	20
<b>6 MARCO CONCEPTUAL (MODELO) DE REFERENCIA</b> .....	<b>21</b>
6.1 POLÍTICAS .....	22
6.1.1 Políticas Internacionales.....	22
6.1.2 Políticas Nacionales .....	23
6.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD .....	24
6.3 TEORÍA DE LA MICROFÍSICA DEL MICROPODER .....	27
6.4 NEGOCIACIÓN.....	29
6.4.1 Causas de Conflictos .....	29
6.4.2 Tipos de Negociación.....	30
6.4.3 Estrategias para Negociar.....	31
6.4.4 Punto Muerto.....	32
6.5 EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN .....	33
6.5.1 Conceptos.....	33
6.5.2 Escala de Participación .....	34
6.6 SALUD EN CÁRCELES .....	37
6.6.1 Promoción de Salud .....	37
6.6.2 Prevención en Salud.....	41

<b>7</b>	<b>CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA.....</b>	<b>42</b>
<b>8</b>	<b>HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIA ELEGIBLE .....</b>	<b>45</b>
<b>9</b>	<b>PROPÓSITO Y OBJETIVOS .....</b>	<b>48</b>
9.1	GENERAL.....	48
9.2	ESPECÍFICOS.....	48
<b>10</b>	<b>INSTRUCCIONES OPERATIVAS.....</b>	<b>49</b>
<b>11</b>	<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>51</b>
11.1	Recolección de Información .....	51
<b>12.</b>	<b>DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
12.1.	Discusión sobre Teoría de micro-poderes en el CRSFQ .....	53
12.2.	Pautas para Negociar en el medio Penitenciario .....	55
12.3.	Metodología de Investigación-Acción en Cárceles .....	55
12.4.	De la Evaluación Operativa del proceso.....	56
12.5.	De la Evaluación Analítica.....	57
<b>13.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>59</b>
<b>14.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>63</b>
<b>15.</b>	<b>ANEXOS DE GRÁFICOS, INSTRUMENTOS Y OTROS .....</b>	<b>66</b>
	Anexo 1: Instrumentos de recolección de Información en Entrevistas.....	66
	Anexo 2 Lineamientos de acción para negociar.....	67
	Anexo 3: Formulario de Inscripción para la conformación de veedurías ciudadanas .....	69
	Anexo 4 Población Penitenciaria en América Latina 2000-2008 .....	71
	Anexo 5 Cálculo de Necesidades Técnicas CRSFQ 2011 .....	71
<b>16</b>	<b>TRABAJOS CITADOS.....</b>	<b>72</b>

#### Índice de Tablas

Tabla 1	Comparación entre diagnósticos situacionales 2007-2011.....	15
Tabla 2	Análisis de los diferentes Actores involucrados en el CRSF-Q .....	16
Tabla 3	Poder, intereses, funciones de los actores y relaciones entre los actores.....	17
Tabla 4	Análisis de la Oferta-Demanda y Necesidades.....	19
Tabla 5	Características de la escalera de Arnstein.....	35
Tabla 6	Evaluación Operativa .....	57
Tabla 7	Población Penitenciaria en América Latina .....	71

#### Índice de Gráficos

Gráfico 1	Organigrama Institucional .....	9
Gráfico 2	Modelo Propuesto.....	21
Gráfico 3	Escalera de Arnstein .....	34
Gráfico 4	Estrategia a Implementar .....	46
Gráfico 5	Modelo del Comité de salud en el CRSFQ .....	47
Gráfico 6	Comité de Salud.....	47

### 3 RESUMEN/ABSTRACT

El presente trabajo analiza de forma sistemática la situación en salud dentro del Centro de Rehabilitación Social Femenino de la Ciudad de Quito, tanto de las Personas Privadas de Libertad como de sus hijos que viven con ellas. Además se realiza una comparación entre la constitución de 1998 y el nuevo diagnóstico situacional del 2011 con la constitución del 2008 para analizar la persistencia o no de brechas en la atención y proponer alternativas. Se analiza la factibilidad de realizar Investigación - Acción en un sistema cerrado como el medio penitenciario y se propone la conformación de un comité de salud interna para poder facilitar las decisiones administrativas y operativas en salud para finalmente poder sentar bases de Cárceles Saludables.

En el trabajo expuesto a continuación se realiza una reflexión teórica con alternativas, lineamientos y estrategias para poder trabajar a futuro en contextos similares basándose en el proceso teórico-práctico realizado durante el año 2007 y el nuevo contexto del año 2011

Palabra clave: **Sistema de Salud Penitenciario, Personas Privadas de Libertad, Investigación-Acción, Políticas, Micro poderes, Constitución, Careles Saludables.**

This paper systematically analyzes the health situation in the Women's Social Rehabilitation Center of the City of Quito, both of Persons Deprived of Liberty and their children living with them. Furthermore, a comparison between the 1998 constitution and the new diagnosis of situation in 2011 with the constitution of 2008 to discuss the persistence or not of gaps in care and propose alternatives. We analyze the feasibility of conducting research - action in a closed system and the prison environment and propose the creation of an internal health committee in order to facilitate administrative and operational decisions in health to finally lay the foundations of healthy prisons.

In the work below is exposed to a theoretical alternatives, guidelines and strategies to futures works in similar contexts based on the theoretical and practical process conducted in 2007 and the new context of 2011

Keyword: **Prison Health System, Persons Deprived of Liberty, Action Research, Policy, Micro powers, Constitution, Jail Healthy.**

## 4 PRESENTACIÓN

En el país existen alrededor de 39 centros de rehabilitación Social, 89 Centros de Detención Provisional (CDP) y 4 Casas de Confianza que albergan aproximadamente unos 16.810<sup>a</sup> Personas Privadas de Libertad (PPL), 34 son de Varones y 5 mujeres. El último Censo Penitenciario del Ecuador desarrollado por parte del Ministerio de Justicia, revela la preocupante crisis carcelaria en los últimos 3 años. En resumen:

- ✚ El 22% no recibe alimentación proporcionada por el Centro de Rehabilitación Social y el 56% de los que reciben el servicio la califica de mala;
- ✚ Un 12% no tiene acceso a celda, el 3% de celdas no tiene luz, el 5% no tiene agua, el 8% no tiene servicios higiénicos, el 25% no tiene cama y el 35% no tiene ducha;
- ✚ El 45%, es decir 6.000 personas a nivel nacional no tienen sentencia.
- ✚ El 47% de los detenidos no tienen ningún tipo de defensa pública ni privada. El monto diario asignado por cada interno es de apenas US\$ 2,80.

En el Sistema Penitenciario Nacional, existen 33 médicos, 33 odontólogos y entre enfermeras y auxiliares de enfermería un total de 31; además cuenta con 2 médicos psiquiatras: uno para la Sierra y otro para la Costa

Dentro del Centro de Rehabilitación se encuentran actualmente 350 internas, a pesar de que la capacidad es de 150; y una población infantil que varía de acuerdo a la época del año entre 40 a 80 menores, solo los menores de 3 años pueden estar dentro del CRSF-Q. Igualmente existe una población de mujeres gestantes que representan aproximadamente el 4%.

Existen PPL de alrededor de 28 países de origen, lo cual representa el 30% (105 PPL) de la población total, siendo el país de mayor importancia Colombia con un 17.1%, seguido por España con un 1.4%. En los últimos años, gracias a los convenios de extradición con varios países la población extranjera ha disminuido.

Las edades de las PPL tienen un rango muy amplio, los grupos más representativos son las que comprenden de 18 a 25 años que corresponde al 22.9% y las de 26 a 35 años son el 35.4%. En este centro de detención, según datos estadísticos del departamento educativo, este año se están educando 289 personas privadas de la libertad; de las cuales, 118 estudian en la sección primaria, 56 en la secundaria y 15 en alfabetización.

El Centro de Rehabilitación Social Femenino, fue creado en el año de 1930; inicialmente funcionó junto al penal García Moreno y estaba a cargo de las Hermanas Carmelitas. En 1985 fue trasladado al sector del Inca (Norte de Quito) entre las calles Inca y Toronjas, donde se encuentra actualmente. Se encuentra administrado por la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, actualmente dentro de Ministerio de Justicia y Derechos Humanos que a su vez es parte del Supra Ministerio de Coordinación de Seguridad.

Dentro del personal administrativo y gerencial encontramos al Director, Coordinador, Jefes de RR.HH. y del departamento jurídico, personal de dactiloscopia, pagaduría, trabajo social y de

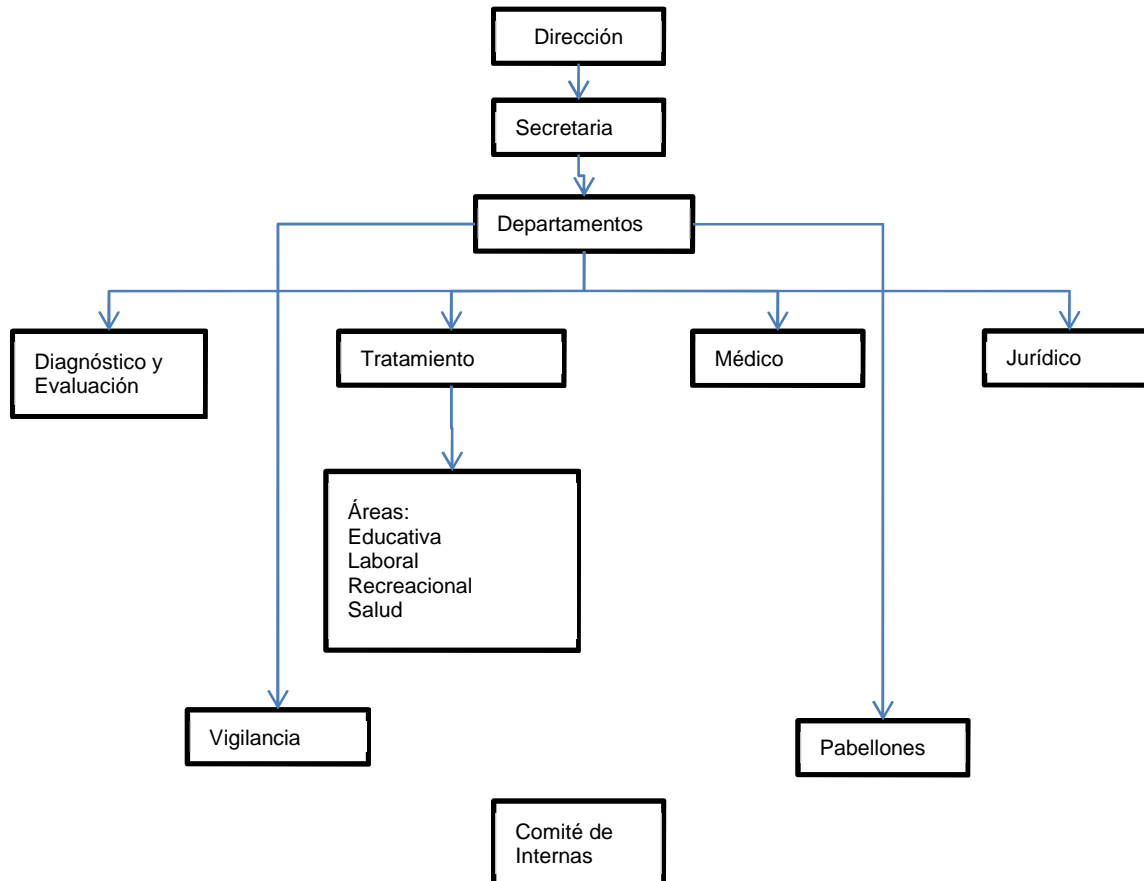
---

<sup>a</sup> Cifras correspondiente a Julio de 2011, obtenidas directamente de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, proporcionadas por el Dr. Elías Dávila, Líder del programa de salud del Ministerio de Justicia en Octubre del 2011

salud existen 4 médicos (3 permanentes y 1 Itinerante que atiende en otros CRS), dos odontólogos, un médico siquiatra (ocasional) y 6 psicólogos<sup>b</sup>.

A continuación se presenta el Organigrama de la Institución:

Gráfico 1 Organigrama Institucional



**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador (adaptación)

**Fuente:** Andreina Torres, El encierro femenino en Ecuador: La persistencia del modelo conventual en un contexto de debilidad institucional, FLACSO- Ecuador, 2005

Es importante anotar que existen varios organismos que suelen apoyar desde la salud, tanto privados con y sin fines de lucro, como públicos.

- ✚ Club de Leones
- ✚ Hospital Metropolitano
- ✚ Organismo de medicina natural
- ✚ Otras ONG's
- ✚ SOLCA
- ✚ MSP área N° 9

El centro de rehabilitación ocupa una superficie aproximada de 4000 m<sup>2</sup>, de los cuales 1900m<sup>2</sup> están construidos. Existen ocho edificaciones, cinco de ellas son utilizadas por el personal

<sup>b</sup> Datos proporcionados por la Dirección Nacional de Rehabilitación Social por el Dr. Elías Dávila, Líder del programa de salud del Ministerio de Justicia en Octubre de 2011

administrativo, de vigilancia, guardería, panadería y el servicio de diagnóstico y evaluación de la situación de las PPL.

Las tres edificaciones restantes se dividen en doce pabellones que son:

↘	El Condado	↘	El Dorado
↘	Ceibos	↘	Altamira
↘	Miraflores	↘	Amazonas
↘	Floresta	↘	Ronda
↘	El Batán	↘	El Bosque
↘	Quito Tenis	↘	Unidad de Crisis

En cada pabellón existe entre 14 a 18 celdas de 2x2m, con una cama litera doble de 2 plazas, muy frecuentemente son “literas triples” donde la primera se ubica en el suelo, la segunda a 60 cm.; y a 1m de la segunda, se encuentra la tercera que generalmente está en sentido perpendicular.

## 5 ANÁLISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)

Las crisis dentro de los sistemas penitenciarios no es un problema nuevo, ni es exclusivo de Latinoamérica. No obstante, en esta región el deterioro de las condiciones de los sitios de reclusión se ha agudizado durante la última década, como lo evidencian los frecuentes motines de prisioneros y otros episodios de violencia que han afectado a prácticamente todos los países de América Latina. El número de prisioneros ha crecido de manera desmesurada, desbordando la capacidad de los centros de reclusión. Joanne Mariner (1), subdirectora de la división de las Américas de Human Rights Watch, indicó que en muchas cárceles hay hasta dos, tres y cuatro veces más presos de los que debería haber de acuerdo a la capacidad locativa del penal (Ver Anexos 15.2)

Según cifras de ILANUD (Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente), en muchos países de la región la tasa de detenidos sin condena supera el 70% por la lentitud del sistema judicial<sup>c</sup>.

En el Ecuador, de acuerdo a la nueva Constitución, aprobada en 2008 por la Asamblea Constituyente en Montecristi, el Sistema de Rehabilitación Social debe estar conformado por todos los Centros de Detención Provisional (CDP) y los Centros de Rehabilitación Social (CRS) del país; sin embargo, esto no sucede en la actualidad.

Hay algunos CDP que todavía están en manos de la Policía Nacional y ése es un problema grande pues la Policía no tiene un presupuesto asignado, todos deben formar parte de la DNRS y eso implica un cambio presupuestario bastante grande pues existen 89 CDP, la idea central es que hasta 2011 se puedan sumar a una suerte de sistema penitenciario único, bajo la tutela y dirección de la Cartera de Justicia. Con el presupuesto asignado hasta esa fecha

---

<sup>c</sup> ILANUD, Derechos Humanos en la justicia penal, disponible en:  
<http://www.corteidh.or.cr/tablas/27622.pdf>

(\$140 millones) se aspira a poder continuar con la restauración de las cárceles existentes y la construcción de nuevos centros.

### **Funciones del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto:**

Este Ministerio fue creado por decreto ejecutivo N° 748 el 27 de Noviembre de 2007. La visión y misión de este nuevo Ministerio se describe a continuación:

“El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos será una institución dinámica de alta credibilidad y transparencia, efectiva y eficiente, que transforme el sistema de justicia ecuatoriano en un referente de gestión pública a nivel internacional.”

“Garantizar acceso a justicia oportuna, independiente y de calidad, asegurar rehabilitación social efectiva, promover la paz social y la plena vigencia de los derechos humanos, mediante políticas, programas y coordinación de acciones con las instituciones relacionadas con el sistema de justicia.”<sup>d</sup>

Los objetivos que se plantean son:

1. Coordinar estrategias de mejoramiento de servicios que prestan las instituciones del sector justicia
2. Coordinar estrategias para el logro de una rehabilitación social efectiva de las personas privadas de la libertad con sentencia
3. Contar con un sistema de internamiento de adolescentes infractores que garantice los derechos consagrados en el código de la niñez y la adolescencia y responda a políticas socio educativas
4. Generar propuestas de leyes y reformas legales que garanticen el ejercicio de los derechos ciudadanos y el fortalecimiento de la gestión institucional del sistema de justicia
5. Impulsar políticas públicas transversales que garanticen la plena vigencia de los derechos humanos, a través de un sistema de información que facilite la gestión institucional y la implementación de mecanismos adecuados de difusión
6. Lograr la consolidación y el desarrollo del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Bajo la nueva constitución, se ha implementado nuevos Centros de Rehabilitación que han sido reclasificados y nombrados según el tipo de funciones y características de la población privada de libertad.

Dentro del Sistema de Rehabilitación Social; actualmente, encontramos tres tipos de Centros:

---

<sup>d</sup> Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, Misión y Visión Institucional disponible en: [http://www.minjusticia.gob.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=86&Itemid=78](http://www.minjusticia.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=78)

- ✚ **Centros de Adolescentes Infractores**
- ✚ **Centros de Detención Provisional**
- ✚ **Centros de Rehabilitación Social**

Se creó el Consejo Nacional de Rehabilitación Social, entidad externa conformada por el Ministro de Justicia, de Relaciones Laborales, Salud y Educación; así como, el Director Nacional de Rehabilitación Nacional, Defensor del Pueblo, Fiscal General y Presidente de la Corte Nacional de Justicia.

En el país las Personas Privadas de Libertad (PPL) son víctimas de nuestras sociedades inequitativas y desiguales. Como regla general, las PPL pertenecen a los sectores sociales más marginados, como ocurre en todas partes. Como señala Elena Azaola Garrido<sup>e</sup>,"Se trata del reclutamiento preferencial de los pobres por parte de los sistemas de procuración de justicia, que ha sido tantas veces denunciado por los críticos del derecho penal".

El contexto del CRSF-Q es muy distinto al de otros centros de rehabilitación, ya que aquí existen niños que por estar sus madres presas, deben convivir en este medio.

El proceso de investigación dentro del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito se lo divide en dos fases, un primer diagnóstico situacional realizado en el año 2007 cuando el investigador trabajaba como médico voluntario y bajo una constitución vigente de 1998; y un segundo diagnóstico situacional realizado en el 2011 luego de haber dejado el voluntariado y bajo una nueva constitución realizada en el 2008 que presenta nuevas condiciones legales.

En la primera fase, se realizó el trabajo de campo junto con los actores internos para realizar Investigación-Acción; sin embargo, existían algunas limitaciones de carácter político-administrativas. A principios de 2011 se realizó un nuevo diagnóstico situacional, para evaluar los impactos generados en el proceso de 2007 y de la nueva constitución política de 2008.

## 5.1 DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE CONSTITUCIÓN 1998-2008

### En salud:

#### ✚ *Constitución 1998 ART 42*

"El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitaria, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia"

---

<sup>e</sup> Cuadernos de antropología social versión On-line ISSN 1850-275X , Las mujeres en el sistema de justicia penal y la antropología a la que adhiero, Elena Azaola Garrido, disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2005000200002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2005000200002)

➤ *Constitución 2008 ART 32*

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales: y acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”

**En Grupos Especiales:**

➤ *Constitución 1998 De los grupos vulnerables ART 47*

“En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidades, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.”

➤ *Constitución 2008 Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria ART 35*

“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial atención a las personas en condición de doble vulnerabilidad.”

## 5.2 DIAGNÓSTICOS SITUACIONALES 2007 Y 2011

La situación más notable entre las dos fases, sin duda es la diferencia poblacional, en el año 2007 existían aproximadamente 570 PPL y 150 niños menores de 14 años, Es importante resaltar que a pesar de la disminución de un 35% en la población penitenciaria registrada actualmente en 350 PPL; aún persiste hacinamiento, ya que este Centro de Rehabilitación está hecho para albergar a 150 internas.

Las nuevas políticas han logrado sacar a más del 50% de menores de edad a Casas cunas o familias adoptivas, de esta forma están recibiendo un mejor trato especializado. En el 2007, las PPL que tenían hijos dentro del Centro, debían estar a cargo de la alimentación y recogían las sobras para hacer una olla común y poder alimentarlos. Hoy en día, hay algunas organizaciones que brindan ayuda alimentaria a los menores que aún existen dentro del CRSFQ.

La morbilidad no ha variado desde el 2007. A continuación se presenta lo más relevante:

Los problemas de salud<sup>f</sup> más frecuentes que afectan a las Personas Privadas de Libertad son:

- ▾ Enfermedad ácido péptica
- ▾ Trastornos depresivos
- ▾ Trastornos de ansiedad
- ▾ Migrañas
- ▾ IRA
- ▾ EDA
- ▾ ITS
- ▾ SIDA
- ▾ Poca planificación familiar
- ▾ No controles de embarazo

Dentro de las patologías más frecuentes entre infantes podemos citar:

- ▾ IRA
- ▾ EDA
- ▾ Escabiosis
- ▾ Desnutrición
- ▾ Parasitosis
- ▾ Micosis Cutáneas
- ▾ Micosis Oral
- ▾ Conjuntivitis

La atención general en salud, presenta problemas desde hace varios años, a pesar de que existen dos entidades principales que deben estar a cargo de esto: la Dirección de Rehabilitación Social junto con el mismo CRSF-Q, quienes están directamente relacionados con las internas. La segunda institución que debe involucrarse por ley es el Ministerio de Salud Pública; quien a través del Área de Salud N° 9 debe hacer cumplir los programas estatales.

Uno de los problemas de atención es el que ocurre con las mujeres gestantes, quienes no pueden tener un control adecuado, ya que muy ocasionalmente se oferta este servicio. Igualmente ocurre con los niños, este grupo no tiene acceso constante al programa de maternidad gratuita, no existe atención a los infantes que viven con sus madres en este Centro de Rehabilitación.

En general, no existe una adecuada continuidad, no se proporciona una atención integral<sup>g</sup> ni integrada<sup>h</sup>, disminuyendo dramáticamente la efectividad de la atención. En cuanto a la calidad

---

<sup>f</sup>Datos obtenidos del Diagnóstico situacional elaborado previamente por el autor en el 2007 y 2011, además de informes entregados a la Dirección del CRSFQ por Dr. Ángel Erreis para implementar un programa de SIDA 2007.

<sup>g</sup> Atención Integral: Atención preventiva y clínica de los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje. PAHO, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf>

<sup>h</sup> Atención Integrada: significa prestar unos servicios siguiendo unos procedimientos estandarizados, como una distribución de labores y responsabilidades que se pacta entre profesionales de distintos niveles asistenciales. Se basa en un modelo de atención de pacientes crónicos propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

del servicio, éste no es permanente y existe cierta dificultad en la accesibilidad cultural, funcional y temporal. Un problema muy importante, es la falta de servicios en urgencias sobre todo en las noches y fines de semana ya que no existe personal permanente. No se evidencia algún paquete de actividades establecido previamente que se cumpla, la oferta depende de lo disponible en ese momento.

Los problemas de salud mental presentan una alta prevalencia en este medio. Aunque existe un médico psiquiatra encargado de esta área, no es suficiente para cubrir la demanda existente; además no existe una continuidad adecuada sobre todo si se usa medicamentos sicotrópicos. En el 2007 existía un psicólogo, actualmente se dispone de 6 psicólogos que de alguna manera logran paliar la demanda. La atención en el servicio de salud del CRSF-Q, es desorganizada e incompleta y sin recursos.

A continuación se presenta un cuadro indicando las diferencias entre el 2007 y 2011, además el impacto generado por la nueva constitución del 2008.

**Tabla 1 Comparación entre diagnósticos situacionales 2007-2011**

Argumentos	2007	2011	Constitución 2008
<b>Población</b>	PPL: 570 Niños 150	PPL: 350 Niños:60	Art 203 Art 51
<b>Problemas de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacinamiento del 380%</li> <li>Apoyo psicológico con 1 especialista y un psiquiatra</li> <li>Atención Ginecológica deficiente y espontánea</li> <li>Déficit en atención pediátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacinamiento del 246%</li> <li>Apoyo psicológico con 5 especialistas y 1 psiquiatra</li> <li>Atención Ginecológica cada semana</li> <li>Déficit en atención pediátrica</li> </ul>	Art 32 Art 35 Art 51
<b>Calidad de la Gestión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inestabilidad Política</li> <li>Cambio constante de Directores</li> <li>Desorganización entre los diferentes actores que colaboran CRSF-Q</li> <li>Decisiones totalmente Centralizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabilidad Política</li> <li>Director continúa por 4 años</li> <li>Desorganización entre los diferentes actores que colaboran CRSF-Q</li> <li>Descentralización para algunas decisiones</li> <li>Participación Opcional de Gobiernos locales</li> </ul>	
<b>Negociación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca apertura local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca apertura de autoridades locales</li> <li>Apertura desde la Dirección Nacional</li> </ul>	
<b>Participación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación limitada y solo a través del comité de internas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación limitada y solo a través del comité de internas</li> <li>Derecho a sufragar si no existe condena o sentencia</li> </ul>	Art 62 Art77
<b>Participación autoridades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca apertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura limitada</li> <li>Conformación del Consejo Nacional de Rehabilitación Social</li> </ul>	Art 201
<b>Rol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasivo</li> <li>MSP ofertaba brigadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomador de decisiones sobre algunos temas</li> <li>MSP mayor permanencia con algunos programas</li> </ul>	Art 203

**Fuente:** Vivanco José Luis, Investigación Acción “Mejoramiento de la Atención en Salud en Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito”, Quito, ISP-PUCE, 2006-2007

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

### 5.3 ANÁLISIS DE ACTORES

Dentro del medio penitenciario, es importante analizar a los diferentes actores que se ven involucrados en torno al tema salud.

A continuación resumimos las responsabilidades y acciones:

**Tabla 2 Análisis de los diferentes Actores involucrados en el CRSF-Q**

<b>ACTORES</b>	<b>Responsabilidad</b>	<b>Actividades</b>	<b>Coordinación</b>	<b>Funciones</b>
<b>Dispensario CRSFQ</b>	Salud de las Personas Privadas de Libertad	Atención	No existe coordinación	Jefe de Área médica
<b>Área 9</b>	Población dentro de la zona de influencia	Atención ocasional	No hay coordinación	Jefe de Área Coordinador del Área
<b>ONG's</b>	Población penitenciaria	Campañas/ Brigadas	Con Dirección del CRSFQ	Representante o Director
<b>Dirección CRSFQ</b>	Son responsables de la Salud de la Personas Privadas de Libertad.	Deben gestionar los recursos necesarios para poder mantener una salud adecuada de PPL	Coordinación interna entre los diferentes departamentos y con ONG's que colaboran esporádicamente	Director del CRSFQ Coordinador del CRSFQ Equipo Jurídico Área Médica
<b>Dirección Área 9</b>	No quieren tomar responsabilidad en el CRSFQ	Atención Ginecológica Atención Niños muy esporádica	Generalmente actúan sin coordinar	
<b>Comité Internas</b>	Auto gestión Hacer cumplir los derechos humanos Cuidado en Salud de PPL Reinserción Social	Organización Interna Contactar con ONG's	Jefe de Área Médica Directamente con las ONG's Colectivos de DDHH	Presidenta (elección cada 2 años) Vicepresidenta Tesorera Coord. relaciones públicas Coord. cultura y eventos Coord. de comités y donaciones

**Fuente:** Vivanco José Luis, Investigación Acción “Mejoramiento de la Atención en Salud en Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito”, Quito, ISP-PUCE, 2006-2007 actualizada al 2011

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

Si se analiza la problemática encontrada, se observa que el problema de la Atención en Salud dentro del CRSFQ, está muy relacionado con una inadecuada distribución de funciones y responsabilidades, así como falta de coordinación y comunicación de los diferentes actores.

Las relaciones entre los actores siempre han sido un elemento que ha influido notablemente en el desarrollo de cualquier actividad multisectorial, por lo que es indispensable realizar actividades que faciliten el flujo de ideas e información para lograr una buena coordinación.

En la siguiente tabla se evidencia la problemática antes señalada:

**Tabla 3 Poder, intereses, funciones de los actores y relaciones entre los actores**

Actores	Poder <sup>i</sup>	Interés	Función supuesta	Función real	Relaciones con Otros Actores <sup>j</sup>
Comité de Internas	moderado	Bienestar de las PPL	Garantizar el cumplimiento de los DDHH y bienestar de las PPL	Adquirir beneficios para las PPL	<b>Fuertes<sup>k</sup>:</b> PPL. <b>Aceptables:</b> Director CRSFQ, ONG's, Director Médico, MSP
Personas Privadas de Libertad	poco	Bienestar Propio	Llevar sus necesidades al Comité de Internas	Llevar sus necesidades al Comité de Internas	<b>Fuertes:</b> Comité de Internas, <b>Aceptables:</b> Director Médico( algunas PPL), Director CRSFQ, Director Médico(algunas) <b>Inexistentes:</b> MSP, ONG's
Director médico CRSFQ	moderado	Mantener su puesto de trabajo y estatus conseguido	Solucionar los problemas de salud de las PPL	Dar atención paliativa como ayuda social	<b>Fuertes:</b> Director CRSFQ <b>Aceptables:</b> ONG's, Comité de Internas, MSP, PPL
Director CRSFQ.	alto	Quedar bien ante autoridades de la DNRS	Garantizar la rehabilitación y el bienestar de las PPL	Evitar problemas dentro del CRSFQ que puedan dar mala imagen en la DNRS	<b>Fuertes:</b> Director Médico <b>Aceptables:</b> Comité de Internas, PPL, <b>Inexistentes:</b> MSP, ONG's
Jefe de área MSP	poco	Mostrar buenas coberturas de atención a la dirección provincial	Garantizar la atención medica mediante el programa de maternidad gratuita dentro del CRSFQ	Brigadas médicas ocasionales , cuando se les pide	<b>Fuertes:</b> Ninguna <b>Aceptables:</b> Director Médico, Comité de Internas Director CRSFQ, PPL, <b>Inexistentes:</b> ONG's
ONG's	poco	Dar ayuda social	Colaborar con las brechas existentes dentro del CRSFQ y con la participación de especialistas	Brigadas médicas ocasionales	<b>Fuertes:</b> Ninguna <b>Aceptables:</b> Comité de Internas, Director Médico, <b>Inexistentes:</b> Director CRSFQ, PPL
Líder del Programa de Salud de la DNRS en el Ministerio de Justicia	alto	Bienestar de las PPL	Coordinador de toda acción general de salud a nivel nacional en la DNRS	Evitar problemas graves y brotes epidémicos en los diferentes centros de Rehabilitación	<b>Aceptables:</b> Director del CRSFQ, Director Médico del CRSFQ. <b>Inexistentes:</b> MSP, Comité de Internas
Observador	poco	Organizar sistema de salud, comité de salud	Facilitar a los actores herramientas para que puedan organizar el sistema de salud/comité	Negociación con cada uno de los actores	<b>Fuertes:</b> Comité de Internas, PPL <b>Aceptables:</b> Líder de promoción de salud DNRS <b>Inexistentes:</b> Director Médico, ONG's , Director Médico, MSP,

**Fuente:** Vivanco José Luis, Investigación Acción "Mejoramiento de la Atención en Salud en Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito", Quito, ISP-PUCE, 2006-2007 actualizada al 2011

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

Existe una apertura inusual de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social a través del área de Programas de Salud del Ministerio de Justicia para la entrega de la Información. Este actor es nuevo y apareció en el proceso del 2011. Su influencia dentro del medio es determinante.

<sup>i</sup> Grado de Influencia en el contexto

<sup>j</sup> Datos obtenidos por el análisis de actores realizado con el Comité de Internas y los tutores de campo y supervisor durante el 2007, actualizada al 2011.

<sup>k</sup> Entendemos *fuertes* por aquellas relaciones que se han consolidado y formado un solo bloque caracterizado por el apoyo mutuo. *Aceptables* son aquellas relaciones que sin ser intensas, se mantienen sin mantener ningún conflicto. *Malas*, son las relaciones que están cargadas de muchos conflictos, casi no mantienen relaciones. *Inexistentes* es cuando no existe ningún tipo de contacto, ni bueno ni malo.

## 5.4 ANÁLISIS DE LA DEMANDA-NECESIDADES TÉCNICAS-OFFERTA

Las autoridades no conocen la realidad en su totalidad dentro del centro penitenciario y siguen creando “programas y estrategias” para una rehabilitación; éstas desgraciadamente siempre fracasan o simplemente son ignoradas por las PPL, pocas veces son consultadas sobre que necesitan que se implante.

Para poder generar actividades de impacto es indispensable inicialmente analizar la triada *oferta, demanda y necesidades técnicas*; a continuación se presenta la tabla 3 se resume la situación actual dentro del CRSF-Q.

Se ha dividido en dos grupos, las PPL y los menores de 3 años ya que las necesidades, demanda y ofertan son diferentes. Se indica el tipo de prestaciones existentes tanto preventivas como de morbilidad.

La oferta es calculado según la normativa internacional de 20 minutos por cada atención médica y estimando el porcentaje de morbilidad esperado para una persona en el año.

### 5.4.1 Demanda

Es importante dividir la demanda para las PPL y para los menores de edad. Como se observa dentro de las Internas los requerimientos sentidos son:

- ✚ Tratamiento adecuado en Salud mental incluyendo Sicólogos y Psiquiatras. El número de psiquiatras es deficiente y la oferta de 1 vez por semana no satisface la demanda real.
- ✚ El seguimiento por parte de un ginecólogo debería ser más frecuente y holístico, ya que al momento solo se atiende enfermedades y no problemas de salud.
- ✚ Mayor capacidad resolutive del Servicio de Salud

En cuanto a las demandas de la población infantil, dentro del CRSF-Q, se observa lo siguiente:

- ✚ Control de Niño Sano continuo.
- ✚ Inmunizaciones
- ✚ Atención Especializada en Pediatría y Psicología.
- ✚ Adecuado Botiquín de Medicinas para población infantil.

**Tabla 4 Análisis de la Oferta-Demanda y Necesidades**

	Actividades	Estadísticas	Demanda	Necesidad	Oferta	Problemas
<b>Mujeres (350)</b>	Agudas ( generales y ginecológicas ) y controles subsecuentes	350(5 episodio) son 1750 y 1 control subsecuentes son1750	Atención oportuna Tratamiento de especialista Medicamentos	3500 consultas	3080 consultas se realizan con 3 médicos de 4 horas y un itinerante del CRSF-Q	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención ginecológica insuficientes</li> <li>No hay seguimiento luego de episodio</li> <li>No existen medicamentos adecuados</li> <li>En enfermedades mentales, no existe un TTO personalizado y seguimiento</li> <li>Poca oferta de psiquiatría</li> <li>No hay apoyo del MSP</li> <li>911 no acude al llamado</li> </ul>
<b>Morbilidad</b>					Crónicas ( HTA, Diabetes, Enfermedades mentales)	
<b>Preventivo</b>	Control Prenatal	4%(14) PPL embarazadas	Se necesita controles Suplementos vitamínicos	70 consultas	Área 9 MSP 288 consultas ginecológicas Otras instituciones Medico CRSFQ Psicólogo Voluntario ONG's	<ul style="list-style-type: none"> <li>No existe controles de embarazo solo se hace si es emergente y si las PPL lo piden</li> <li>No se dispone de la suficiente cantidad de ACO y preservativos</li> <li>Al realizarse DOC, nunca se informa los resultados y no se hace seguimiento</li> <li>No se realiza campañas informativas</li> <li>Poco apoyo del MSP</li> </ul>
	DOC	77,1% de las PPL requieren este servicio	Se necesita control y TTO	270 consultas anuales		
	Planificación Familiar	60% PPL	Que se disponga de ACO, preservativos siempre Que se haga seguimiento	210 consultas anuales		
	ITS	Casos de HIV fluctuantes	Muchos casos No existen tratamientos			
	Violencia		Mayor atención e intervención por sicólogos			
<b>Niños (60)</b>	CNS	< de 1 año 15 < de 3 años 45	Se debe realizar controles frecuentes a los niños Apoyo psicológico especializado Entren programas del MSP	180 CNS <1a 540 CNS<3a	No existe pediatra	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se realizan control de niño sano</li> <li>No entran los programas del MSP</li> <li>Niños sin esquemas completos</li> <li>No derecho a comida</li> </ul>
<b>Preventivo</b>						
	Inmunización	15 menores de 1año	Vacunas para niños y recién nacidos. Que entre el MSP a vacunar	15 menores de 1 año aprox.	Ingreso eventual del MSP Área 9 MSP no envía personal capacitados No existe	
<b>Morbilidad</b>	Agudas	5 consultas anuales de morbilidad	Atención a niños todas las semanas Medicamentos para los tratamientos Medico 24h	300 consultas anuales 1er y 300 sub		<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay atención a niños</li> <li>No existen medicamentos infantiles</li> <li>Morbilidad alta</li> <li>Desnutrición sin TTO</li> </ul>
	Crónicas ( desnutrición )		Seguimiento y TTO de desnutrición			

**Fuente:** Vivanco José Luis, datos entregados por la DNRS por Dr. Elías Dávila en Octubre de 2011 y cálculos realizados por el Investigador en octubre de 2011.  
**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

### 5.4.2 Oferta

Existen algunos actores que proporcionan ciertas ofertas en salud, sin embargo, no es suficiente como se analizara posteriormente.

- ▾ Existen 4 médicos:
  - 2 generales que trabajan 4 horas diarias cada uno
  - 1 cardiorácico que trabaja en jornadas de 4 horas todos los días.
  - 1 médico itinerante que labora 2 a 3 veces por semana.
  - Existe una oferta de 3080 consultas anuales, considerando 220 días laborables por ley de cada medico
- ▾ En cuanto a salud mental, existen 6 sicólogos que trabajan aproximadamente 4 horas cada uno, en total se tendría 24h diarias en atenciones.
- ▾ Existe un solo psiquiatra que atiende según necesidad y no de forma continua.
- ▾ El MSP presta atención en ginecología 4 horas , 2 veces por mes con un total de 288 consultas (considerando 20 minutos la consulta)
- ▾ Algunas Instituciones privadas y ONG's brindan ayuda.

### 5.4.3 Necesidades Técnicas

Dentro de las Necesidades Técnicas ([Ver Anexo 15.5](#)) es importante considerar que se necesitan 4050 consultas para las PPL y 1320 consultas de Pediatría, divididos de la siguiente forma:

#### **Personas Privadas de Libertad:**

- ▾ Se necesitan 3500 consultas anuales de Medicina General
- ▾ Ginecología 550 consultas anuales incluyendo CPN, DOC, Planificación

#### **Pediatría**

- ▾ Pediatría 720 consultas Preventivas considerando una atención mensual
- ▾ De morbilidad 300 consultas considerando como mínimo 5 episodios anuales y 300 consultas subsecuente considerando 1 control por cada nuevo episodio.

#### **Salud Mental**

- ▾ Atención en Psiquiatría y aumento de consultas de Psicología

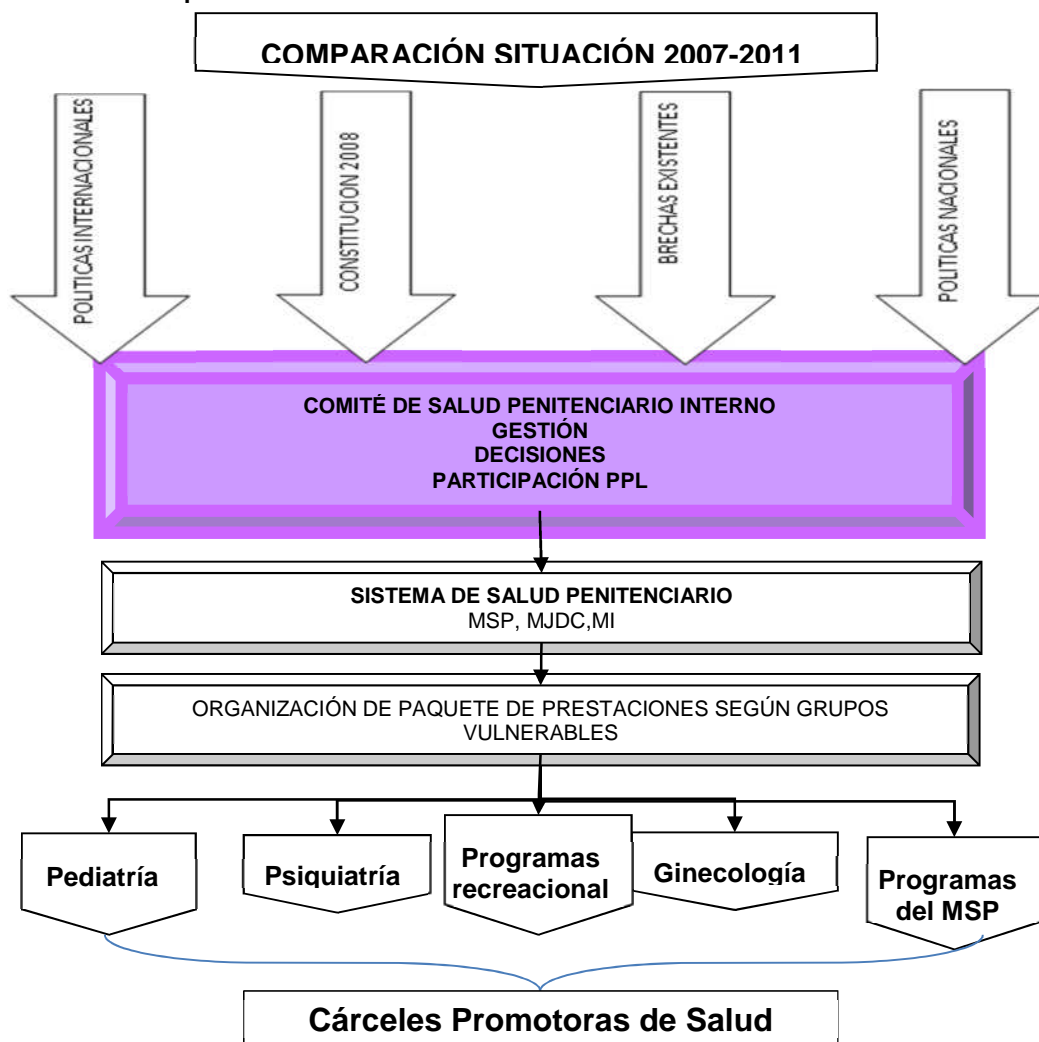
## 6 MARCO CONCEPTUAL (MODELO) DE REFERENCIA

Dentro del medio penitenciario existen varios temas que influyen sobre el buen vivir de las PPL, a continuación se presenta varios temas que posteriormente se discutirán para justificar los cambios que se proponen.

Básicamente la discusión se centra sobre las nuevas políticas nacionales y las Internacionales, posteriormente hay que analizar las características de los sistemas de salud para poder fomentar su aplicación dentro del medio penitenciario. Además existen algunos hechos que influyen o están en juego dentro de este medio como es la microfísica del micro poder y las formas de negociar en un sistema tan cerrado. A partir de allí se discute sobre la participación de la comunidad en Salud, y se analiza cómo debería ser la participación de las PPL.

Al final se analiza lo que se puede hacer en salud dentro del medio penitenciario y se compara con algunas propuestas realizadas por la OMS para este grupo exclusivo de personas vulnerables. A continuación se indica el Modelo Propuesto:

Gráfico 2 Modelo Propuesto



**Fuente:** Vivanco José Luis, Investigación Acción “Mejoramiento de la Atención en Salud en Centro de Rehabilitación Social Femenino de Quito”, Quito, ISP-PUCE, 2006-2007 actualizada al 2011

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

## 6.1 POLÍTICAS

Dentro de las políticas, hay que referirse a las Internacionales y las Nacionales, la nueva constitución de 2008 menciona más explícitamente sobre las poblaciones vulnerables incluyendo a las PPL, además se han firmado varios acuerdos internacionales sobre derechos humanos y sobre prisiones.

### 6.1.1 Políticas Internacionales

Durante el siglo pasado, se promulgaron varios derechos internacionales sobre Salud, Bienestar Humano y Derechos Humanos

El 16 de diciembre de 1966, se realizó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)<sup>1</sup> donde se determinaron 31 artículos, que abordan aspectos de derecho a salud, trabajo y educación.

Otras disposiciones de tratados del sistema de las Naciones Unidas que contemplan el derecho a la salud son:

- a) el artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965).
- b) El apartado f) del art. 11.1 y el art. 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFD, 1979).
- c) El art. 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989).

Además existen varias declaraciones regionales sobre el reconocimiento de este derecho. Entre los más importantes, se enuncian:

- a) La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) donde se reconoce el derecho a la preservación de salud, que debería acompañarse de medidas sanitarias y sociales.
- b) El Art. 33 de la carta de la OEA (1969) establece, entre otras metas para contribuir al desarrollo integral de las personas, el acceso a los modernos conocimientos de la ciencia médica y a condiciones urbanas adecuadas.
- c) El protocolo de San Salvador a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1988) consagra en el artículo 10 el derecho a la salud de todo individuo.
- d) La Carta Social Europea (1961) se refiere al derecho a la protección de la Salud (Art. 11), para cuya consecución se adopta el compromiso de tomar medidas de promoción y educación en salud y prevención de enfermedades.
- e) La Carta Africana de los Derechos de los Individuos y los Pueblos (1981) consagra el derecho al más alto nivel de salud posible, así como la garantía de servicios médicos en caso de enfermedad.

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas-Centro de Información; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en línea) Disponible: <<http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>> (lunes, 10 de abril de 2006).

- f) La Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 61/143, en su esfuerzo de eliminar toda forma de violencia contra la mujer, Subraya que por “violencia contra la mujer” se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada y urge a los estados a “revisar apropiadamente y enmendar o abolir todas las leyes, normativas, políticas o prácticas que fomenten discriminación alguna contra la mujer y que garantice el funcionamiento y cuidado del sistema legal de acuerdo a los derechos humanos” y además reforzar las acciones preventivas contra las prácticas discriminatorias y garantizar las necesidades especiales de las mujeres

### 6.1.2 Políticas Nacionales

Las instituciones del Estado tienen como responsabilidad, salvaguardar y crear las condiciones para el desarrollo humano, más aún el Ministerio de Salud que es garante de la salud y la vida de los ecuatorianos; responsable de brindar atención de calidad, equidad, universalidad y solidaridad a todos.

El artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador (2) dispone que:

*“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”*

*El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*

En el artículo 35 referente a los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, enuncia:

*“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.”*

Uno de los artículos que ha revolucionado el medio penitenciario es el número 51, en la sección octava que enuncia:

*“Se reconoce a las Personas Privadas de Libertad los siguientes derechos:*

- 1. No ser sometidas a aislamiento como sanción disciplinaria.*
- 2. La comunicación y visita de sus familiares y profesionales del derecho.*
- 3. Declarar ante una autoridad judicial sobre el trato que haya recibido durante la privación de la libertad.*
- 4. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad.*

5. *La atención de sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas.*
6. *Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.*
7. *Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.”*

La participación es garantizada en la nueva constitución en el capítulo quinto sobre los derechos de participación en el artículo 61 y en el capítulo sexto en el artículo 66 sobre los derechos de libertad.

Sobre la Rehabilitación social, en su artículo 203, se enumeran las directrices que se deben seguir con toda PPL, en el numeral 2 estipula:

*“En los centros de rehabilitación social y en los de detención provisional se promoverá y ejecutarán planes educativos, de capacitación laboral, de producción agrícola, artesanal, industrial o cualquier otra forma ocupacional, de salud mental y física, y de cultura y recreación”: y en el numeral 4 estipula: “En los centros de privación de libertad se tomarán medidas de acción afirmativa para proteger los derechos de las personas pertenecientes a los grupos de atención prioritaria”.*

La expedición de la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (3) publicada en Registro Oficial 381 de 10 de Agosto de 1998, es uno de los logros más importantes con que cuentan los movimientos de mujeres ecuatorianas organizados en el país, que desde varios sectores y estrategias impulsaron una corriente de defensa de derechos a la salud. Nace como una necesidad de proteger a grupos vulnerables y relegados permanentemente por las políticas que privilegian la agenda económica frente a la social. En su artículo 1 estipula:

*“Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.”*

## 6.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Dentro del Medio Penitenciario es indispensable conformar un verdadero Sistema de Salud exclusivo articulado con el Sistema Nacional de Salud junto con el MSP. Al ser poblaciones particulares con necesidades diferentes, es necesario fomentar su creación.

Para la construcción de la red de prestadores públicos y que funcione como un sistema integrado de servicios de salud, se requiere de ciertas condiciones esenciales entre las que constan:

1. Población y territorio definidos;
2. Una oferta extensa de establecimientos y servicios de salud;
3. Un primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema;
4. Entrega de prestaciones de especialidad en el lugar más apropiado;
5. Mecanismos de coordinación;
6. Cuidado de salud centrado en la persona, familia y comunidad;

7. Un sistema de gobernanza participativo y único;
8. Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico;
9. Sistema de información integrado;
10. Financiamiento adecuado e incentivos financieros;
11. Acción intersectorial amplia.

La calidad en la atención y en el servicio de salud es indispensable, para optimizar los recursos que en Salud se los considera escasos. La calidad según la OMS, se la conceptúa en términos de desempeño adecuado (según los estándares), de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, discapacidad y desnutrición.

La Calidad de Atención puede ser:

- ↘ La calidad técnica más la respuesta a necesidades<sup>m</sup> razonables.
- ↘ Desde la perspectiva del profesional: La calidad de atención clínica se da cuando existe técnica competente, eficaz y segura.
- ↘ Desde la perspectiva del paciente: Depende principalmente de su interacción con el profesional de salud y de atributos como el tiempo de espera, privacidad, accesibilidad a la atención, que obtenga los resultados, en un contexto de respeto, comprensión y adecuada información.
- ↘ Es el servicio (acción o proceso) que reúne los requisitos para satisfacer las necesidades, con el mínimo de riesgos.
- ↘ Se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, eficiencia en la utilización de los recursos, con mínimo riesgo para mínimo riesgo para los pacientes y una alta satisfacción al mejorar su salud.

Dentro de los criterios de calidad (4) encontramos:

**Eficacia (teórica):** Es la medida de la extensión en que una intervención específica, servicio o procedimiento produce un resultado positivo, cuando se aplica en condiciones ideales.

**Efectividad (eficiencia operativa):** Es la medida de la extensión en que una intervención, procedimiento o servicio específico logra los resultados que se propone alcanzar, cuando se aplica en el contexto real.

**Eficiencia:** Es la capacidad de alcanzar un resultado por el menos costo o la menor utilización de recursos (humanos, financieros, materiales y mentales).

Las características de la calidad de atención son:

- ↘ **La continuidad** de la atención, es decir no debe limitarse exclusivamente al momento de la consulta, sino que supone que el servicio, asuma la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo, es decir hasta la recuperación total o hasta que haya desaparecido el riesgo, para lo cual es necesario

---

<sup>m</sup> Las necesidades son definidas como: una estimación basada en el juicio profesional y en el avance tecnológico médico, de la cantidad de recursos humanos y del monto de servicios necesarios para asegurar un nivel óptimo de atención médica

un seguimiento. La continuidad asegura que la atención sea de calidad y calidez por parte del equipo de salud.

- ↘ **Atención Integrada**, que significa una combinación óptima de la atención en lo promoción, preventivo, curativo, y rehabilitación. Hay dos formas de concebir la integración de la atención, en el tiempo y a nivel del personal.
- ↘ **La globalidad de la atención**, esto quiere decir considerar al individuo en su totalidad y la respuesta a su problema debe tomar en cuenta consideraciones individuales y comunitarias. Además se considera los diferentes aspectos del problema del paciente y que las soluciones técnicas propuestas sean negociadas de acuerdo a las prioridades del paciente. Es necesario conocer a la población y escucharla

Con el objetivo de ser capaz de asegurar una atención primaria eficaz, global, continua e integral, los servicios de salud deben tener algunas características:

- ↘ **Accesibilidad**, que se divide en:
  - ↘ Geográfica, a una distancia prudente que facilite la llegada de los usuarios,
  - ↘ Económica, que el usuario pueda pagar fácilmente, que se considere a las personas de bajos recursos y que no puede pagar el costo de la atención.
  - ↘ Cultural, que se respeta las ideas, costumbres de procedencia del usuario
  - ↘ Temporal, que los horarios faciliten la atención.
  - ↘ Funcional, que los servicios existentes sean adaptados a la realidad del contexto donde se ubica el servicio con una adecuada organización.
- ↘ **Aceptabilidad**, que los usuarios lo perciban admisible, tolerable al servicio.
- ↘ **Permanente**, estar accesible al menos todos los días y de forma regular
- ↘ **Descentralizado**, situarse geográficamente lo más cerca posible de la población.
- ↘ **Polivalente**, es decir el servicio debe ser capaz de manejar todos los problemas presentados por la población ya sea en forma directa o haciendo la referencia a un nivel especializado.

Con el fin de disminuir las graves consecuencias de las enfermedades, en los últimos años la OMS ha reforzado la Atención Primaria de Salud. Es definido por la OMS como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud, Este nivel es concebido de acuerdo a su capacidad de proveer atención global, continua, integrada y efectiva, ya sea por el personal médico o paramédico.

Las Funciones del I Nivel de Atención son:

- ↘ Contacto con la población, o puerta de entrada.
- ↘ Síntesis de la información.
- ↘ Responsabilidad de la población de los individuos.
- ↘ Diálogo con la comunidad, escuchar las demandas<sup>n</sup> que tiene la población.

---

<sup>n</sup> Las necesidades sentidas por la población.

Un verdadero servicio de primer nivel implica la participación de la población y la integración dentro del desarrollo multisectorial.

Promover la salud en este medio significa poner en marcha estrategias de mediación entre la población penitenciaria y su entorno. Una política de promoción de salud utilizará distintos mecanismos: legislativos, acuerdos, convenios, líneas de subvención e investigación, cambios a escala organizativa, etc.

Los servicios de salud dentro del CRSF-Q, distan mucho de cumplir las características mencionadas, es importante que, tanto el servicio médico interno como el Ministerio de Salud Pública, logren articularse para poder mejorar la capacidad resolutoria y elevar la calidad en el servicio y atención. La atención debe ser lo más integral y global, ya que son personas que no solo llegan con dolencias físicas, sino alteraciones psicológicas y dolencias morales.

Como se ha mencionado en el diagnóstico situacional, en este medio coexisten PPL de varias culturas y países, por lo que existe sin duda una cierta barrera cultural, lo que hace que simplemente no lleguen a pedir ayuda en los centros médicos. Los fines de semana no existe servicio médico y deben acudir al sistema de emergencias sin que reciban adecuada atención.

### 6.3 TEORÍA DE LA MICROFÍSICA DEL MICROPODER

La comprensión del poder en el nivel microfísica, implica considerar la participación de actores sociales como las mujeres, los prisioneros, los soldados, los enfermos en hospitales, los homosexuales que han permanecido presos o sujetos en espacios sociales específicos (5).

Se trata de un poder que se interioriza en la conducta de los individuos<sup>o</sup> y en el control del cuerpo<sup>p</sup>, se evidencia a través de expresiones, comportamientos, hábitos y prácticas en general.

En todas partes donde existe el poder, éste se ejerce en una determinada dirección, con dos bandos, los unos de una parte y los otros de la otra. Entre los que mandan y obedecen, entre los que saben y no saben, siendo el camino más utilizado el de la coerción, sin embargo, donde hay poder hay resistencia, pues la relación de poder genera resistencia en los opuestos y entre los sujetos dominados (suma cero).

En la *microfísica del poder* o *micropoderes*, es necesario comprender la manera en que los fenómenos, las técnicas, los procedimientos de poder funcionan en los niveles más bajos, pero sobre todo, cómo son investidos y anexionados por los fenómenos más globales, y cómo estos poderes más generales pueden insertarse en el juego de aquellas tecnologías, al mismo tiempo autónomas y minúsculas de poder.

---

<sup>o</sup> En la propuesta foucauliana, el cuerpo está inmerso en el campo político, las relaciones de poder operan sobre él, lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio a trabajar. El saber y dominio sobre el cuerpo, constituyen "la tecnología política del cuerpo" que no es posible localizarla ni en las instituciones ni en el aparato estatal, se localiza en nivel microfísica.

<sup>p</sup> Foucault reconoce dos situaciones de castigo, al Cuerpo entendido como lo físico y al Alma como lo no tangible (Foucault Michel, Vigilar y Castigar, Nacimiento de la prisión)

La microfísica del poder penal en este siglo, se ejerce sobre los castigados, los educandos, los locos, los niños, los conquistados, sobre aquellos que están sujetos a un aparato de producción, que los domina. Con esta microfísica se controla a los sujetos a lo largo de toda su existencia.

En otras palabras, no sólo urgen los grandes cambios políticos hacia la cultura de la abundancia y socioeconómicos en nuestra sociedad, sino también la transformación de micro poderes presentes como la familia, la escuela, el hospital, la iglesia, el sindicato, el medio de comunicación, el lugar de trabajo, el partido, la cárcel. Un ejemplo es la prisión<sup>q</sup> que se convierte en una verdadera fábrica de criminales (6), como lo advertía Justo Arosemena<sup>r</sup> hace más de siglo y medio, pues transforma a los presos en individuos atemorizados y resentidos siempre a la defensiva y, en muchos casos, dispuestos a tomar venganza de sus acusadores y la sociedad.

Hay que advertir que esta crítica monótona de la prisión se ha hecho constantemente en dos direcciones según Foucault (7) :

*“...contra el hecho de que la prisión no era efectivamente correctora y que la técnica penitenciaria se mantenía en ella en estado rudimentario, y contra el hecho de que al querer ser correctora, pierde su fuerza de castigo, que la verdadera técnica penitenciaria es el rigor, y que la prisión constituye un doble error económico: directamente por el costo intrínseco de su organización e indirectamente por el costo de la delincuencia que no reprime.”*

Es claro que uno de los objetivos del sistema carcelario es conseguir el sometimiento del cuerpo ya que estos forman parte de espacios económicos y políticos. Dentro de este sistema se pretende crear cuerpos dóciles y eficaces en la producción. Los que resistan e intenten ser diferentes deberán ser castigados y readaptados posteriormente a la estructura social dominante. Como dice Foucault (Vigilar y castigar, 1975) “*lo esencial de la disciplina panóptica es la distribución de los cuerpos, las superficies, las miradas, la vigilancia perenne, la inexistencia de espacios privados. Lo importante es terminar con la peligrosa intimidad de la vida de los detenidos*”.

Dentro del contexto analizado podemos intuir que sin duda todo este juego de poderes responde a un interés particular “El quien dispone de más autoridad”, el hacerles entender a las PPL que son un grupo sin privilegios y sin derechos, que deben ser sometidas a la disposición de las autoridades, que son *personas enfermas* y que deben recibir tratamientos, e imponer el miedo. Sin duda esto conlleva a generar una psicosis colectiva lo cual fomenta el aumento de enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, histeria colectiva, intentos autolíticos<sup>s</sup> y conductas antisociales (8). A esto, como se

<sup>q</sup> La cárcel es el modelo por excelencia de la nueva concepción del poder disciplinario instaurada desde el siglo XVIII, siendo una forma de castigo y readaptación a todos los cuerpos de individuos marginales, rebeldes, delincuentes, y tiene por objetivo reubicar a los sujetos dentro de la “normalidad”. Por lo tanto, mediante la prisión, se busca disciplinar los cuerpos y las almas con fuertes sistemas de coerción.

<sup>r</sup> *Código de moral fundada en la naturaleza del hombre, 1860*, Justo Arosemena (9 de agosto de 1817 – 23 de febrero de 1896) fue un estadista, escritor, jurista, político, profesor, orador, economista, codificador, reformista, historiador y diplomático panameño que vivió durante el período panameño de unión a Colombia. Dedicó su vida a luchar por la autonomía de Panamá dentro de Colombia, y es considerado como “el más ilustre de los panameños y padre de la nacionalidad panameña”.

<sup>s</sup> Se refiere a suicidio

mencionó antes, se añade la pérdida de la intimidad, lo que contribuye aún más al deterioro de la salud mental.

La forma de dirigir los centros penitenciarios en el país, lejos de cumplir su función original, hace que las PPL sufran una desadaptación social aún más marcada e incentiva la venganza, el desarrollo del pensamiento criminal y el rechazo a todas las normas de convivencia básicas. El hecho de vigilar constituye un micro poder dentro de las PPL donde ellas por sí se controlan unas a otras, es un poder no directo, más bien muy sutil pero efectivo que penetra en las mentes de las personas y se materializa al controlar sus acciones o voluntades.

Como se ha visto, todo este aparataje de vigilancia, de ejercer poder, ocasiona un deterioro progresivo del estado mental y el hecho de estar sometido a un intenso estrés conlleva a la presencia de no solo enfermedades mentales como se ha mencionado, sino a problemas de salud considerando todo el amplio concepto que estas palabras llevan. Además esto conlleva a un “deterioro” de la sociedad, porque el sistema penitenciario entrega individuos neuróticos, y que a su vez son ejemplos de los debutantes que al final tarde o temprano son reclutados al Sistema (penitenciario), formándose de esta manera un ciclo vicioso.

Sin duda una de las causas más importantes es la pobreza económica que a su vez conduce también a una falta de alimentos mínimos, deteriorando aún más el estado de salud y a su vez causa un deterioro del estado de salud por no tener acceso a este servicio. Lo enunciado anteriormente, refleja que esta situación es un “problema de Salud” ya que existen problemas de salud, alimentarios, económicos, y sociales en general.

Las personas que salen de estos centros al estar sometidos a una demostración de autoridad, “disciplina” (7), manipulaciones, engaños, empiezan a adquirir posturas similares con el resto de la comunidad convirtiéndose en un ciclo vicioso.<sup>†</sup>

## 6.4 NEGOCIACIÓN

Negociar es un proceso a través del cual, ante un proyecto particular, se detectan las tensiones propias de un conflicto, se investigan oportunidades, se amplían los propios recursos, se resuelven diferencias personales y situaciones objetivas concretas y se obtienen beneficios imposibles de lograr por sí solo. (9)

### 6.4.1 Causas de Conflictos

Primeramente vamos a tratar de aclarar cuando se produce un conflicto<sup>u</sup> para posteriormente entrar en el tema de la negociación.

---

<sup>†</sup> Como indica Foucault: *“El sentimiento de la injusticia que un preso experimenta es una de las causas que más pueden hacer indomable su carácter. Cuando se ve así expuesto a sufrimientos que la ley no ha ordenado ni aun previsto, cae en un estado habitual de cólera contra todo lo que lo rodea; no ve sino verdugos en todos los agentes de la autoridad; no cree ya haber sido culpable: acusa a la propia justicia. Más aún, favorece la organización de un medio de delincuentes, solidarios los unos de los otros, jerarquizados, dispuestos a todas las complicidades futuras”* Vigilar y Castigar de Foucault, capítulo 3. Prisión. II. Illegalismos y delincuencia. pág. 269

<sup>u</sup> Desde el punto de vista político los conflictos surgen por: Oposición de intereses, Reparto de riqueza, Lucha por territorio, Poder social y político

Las causas de los conflictos (10) las resumimos a continuación:

- a. Cuando las partes persiguen los mismos intereses
- b. Las partes entran en conflicto en el momento que compiten por los recursos
- c. Las personas perciben injusticias en el trato que reciben
- d. Percepción errónea

#### 6.4.2 Tipos de Negociación

Ahora con fines teóricos es importante mencionar los tipos de negociación que existe entre las partes según Carlos Altschul (9).

**Colusión:** Cuando las partes se ponen de acuerdo para perjudicar a un tercero, donde se pacta algo que beneficia a las partes y que serían nefastas para quienes no estén advertidos, pero una alianza da lugar a una contra alianza. Las partes manipulan y delinear tácticas y estrategias con objeto de defraudar, debilitar o aniquilar la posición de terceros.

**Relación Conflictiva:** En la que las partes defienden intereses con saña y logran sus cometidos, mientras evitan que la otra parte logre beneficio alguno. Se reconoce por la prepotencia, las actitudes intransigentes y la retórica agresiva. La relación surge por presión social, legal, cada uno tiende a obstaculizar y a contribuir a que fracase toda vinculación. La motivación es agresivamente competitiva e impera la desconfianza, se intenta deslegitimar al otro.

**Aceptación (containment-aggression):** Cuando prevalece el antagonismo, las partes recurren a exhibiciones de fuerza y cada acto es analizado como ejemplo de una intencionalidad perversa. La acción se instala en el presente, pero remite con pena a lo que podría haber sido. Las partes se tratan con suspicacia, como en la competencia velada entre colegas. En todo momento las partes obstaculizan la posibilidad de avance del otro, la relación se limita a lo requerido para garantizar su propia subsistencia.

**Acomodación:** Surge cuando las partes aceptan la existencia del otro, se reconocen ligadas a futuro y maniobran de forma tal de maximizar sus beneficios sabiendo que la otra parte también obtendrá los suyos. Las partes admiten que cuentan con el otro y deben tenerlo en cuenta para armar sus proyectos. Sin embargo aún persiste los intereses personales, la acomodación supone una actitud reactiva, pasiva, centrada en la aceptación del statu quo. Ante las dificultades, instrumentan procesos de mediación con individuos del mismo ámbito respetados por ambas partes.

**Acuerdos cooperativos:** Cuando se acepta la legitimidad del otro y se reconoce que coexistirán elementos competitivos y colaborativos en el vínculo, las partes se preocupan tanto de lo mediato como de lo inmediato y se proponen avances a partir del descubrimiento de campos de interés compartidos. Se comienza a respetar a la otra parte y sus representantes y surgen relaciones personalizadas de consideración. Se establecen mecanismos de intercambio y consulta que a partir de la defensa firme de los intereses generan condiciones para desarrollar criterios, pautas y normas orientados al alcance deseado.

### 6.4.3 Estrategias para Negociar

En Salud Pública sí hay que reconocer una característica del Salubrista: su agilidad en negociación ya que en cualquier contexto por las mismas intervenciones sociales que debe realizar siempre necesitará esta fundamental herramienta, por el hecho de manejar políticas, procedimientos técnicos, cambios de conducta, sobre un sistema social donde la característica fundamental es el trato con seres humanos y para ello se necesita negociar y además siempre éstas estarán enmarcadas por conflictos. El negociador debe conocer perfectamente el contexto donde se va a realizar, siendo capaz de identificar las variables<sup>v</sup> más importantes que podrían influir.

Las técnicas de negociación y resolución de conflictos utilizadas en el presente trabajo no fueron las adecuadas, podría ser por la inexperiencia en el campo por parte del investigador o porque también fue el negociador, fue parte del contexto y parte del conflicto.

Es importante revisar brevemente lo que en teoría se conoce. Existen algunos modelos que proponen como poder realizar negociaciones de conflictos, éste es el caso del modelo de Pruitt<sup>w</sup>, donde expone 4 situaciones:

- ↳ Estrategia de resolución de problemas
- ↳ La estrategia de rivalidad
- ↳ La estrategia de flexibilidad
- ↳ Estrategia de la inacción

Cuando se negocia, la contradicción es parte del proceso, lo que se sostiene un día puede ser modificado al otro no por capricho o mala voluntad, sino porque surgieron otras informaciones y recursos, o porque al avanzar o postergarse opciones de la negociación se alteran ciertos elementos que afectan sus intereses.

Según Bernal Anastasio Ovejero (11), los niveles de aspiración deben modificarse a medida que avanza la negociación, aunque el interesado debe empezar con un nivel mínimo de expectativas, si el oponente no hace concesiones, entonces el negociador deberá hacerlas hasta aproximarse o incluso hasta coincidir con tal nivel mínimo de expectativas. Pero si el oponente está realizando concesiones, entonces deberá modificarse el nivel de aspiración máxima que se estaba dispuesto a hacer y aumentar el nivel de aspiración para situarlo en un nivel más ventajoso.

---

<sup>v</sup> La actitud frente a la negociación en los diferentes contextos responde a varios factores entre los cuales mencionamos: Tamaño de la comunidad, Hábitos y costumbres, Sus niveles económicos, sociales, Su cultura, La actividad económica principal, Origen de los ingresos principales de la población, Grado de centralización del poder, El desarrollo y aplicabilidad de su norma jurídica, La composición de la población, El origen de sus comunidades, Su nivel de integración y actitudes frente a la biodiversidad. Nivel de educación, Creencias religiosas, Cuestiones climáticas, idioma, Nivel de salud y expectativa de vida

<sup>w</sup> **Estrategia de resolución de problemas:** Se busca una solución aceptable para las partes ya que se muestra alto interés por lo propio y alto interés por lo de la otra parte. **La estrategia de rivalidad:** Cada una de las partes se impone sobre las otras empleando tácticas de presión con el fin de persuadirlas para que acepten las alternativas. **La estrategia de flexibilidad:** Implica una importante reducción de las aspiraciones básicas de una de las partes **Estrategia de la inacción:** La actividad negociadora es mínima, bajo interés por lo propio y de los ajenos.

Es evidente que las tácticas de negociación tienen mucho que ver con las formas de influir a los demás. Existen algunas tácticas y lineamientos para poder negociar adecuadamente ([Ver Anexos 15.2](#)):

- ▾ *La sanción o comprobación social*: Consiste en mostrar como los pensamientos, sentimientos y conductas que queremos que se hagan, son ya realizados por muchas personas.
- ▾ *Compromiso y coherencia*: Hacer que la persona, objeto de nuestra influencia, se comprometa con alguna acción o pensamiento. Posteriormente es muy probable que se genere una fuerza psicológica en ella que le lleve a ser congruente con ese compromiso. Ej. Una persona deja una radio en la playa, se va y le roban, solo el 20% siguieron al ladrón. Al pedir a los que están cerca que cuidaran la radio, al ladrón le siguieron el 95%.
- ▾ *Reciprocidad e intercambio*: Una persona siente la obligación de responder a otra con la misma moneda que ha recibido de ella. La gente se sentirá obligada a devolver favores.

#### 6.4.4 Punto Muerto

El miedo al *punto muerto*<sup>x</sup> actúa también como un amortiguador sobre los negociadores. Con toda certeza, es la causa que induce más a los negociadores inexpertos a otorgar concesiones en lugar de discutir las.

También puede ocurrir que una de las partes o ambas estén interesadas en entrar en un punto muerto, pues no tienen ningún interés en llegar a un acuerdo.

Dentro de este punto Kennedy y et al (1986, Pág. 187-193) propone los siguientes métodos para salir de él:

- ▾ En busca del orden del día: realizar una lista de los posibles “puntos” que pudieran conformar el orden del día de una futura discusión. Una vez que las partes daban su conformidad a la lista de puntos, ya se había creado la atmósfera adecuada para continuar las negociaciones.
- ▾ Preguntas eficaces: Si las partes están conformes en trabajar según el orden del día, pueden hacerse más preguntas para hacer progresar la negociación. Es importante que cada parte aclare más su opinión.
- ▾ En busca de criterios: Para salir del punto muerto se necesitará criterios válidos, pues los criterios racionales son un camino mejor para llegar a un acuerdo, que la alternativa de la fuerza y la ignorancia
- ▾ Usemos la imaginación: Por ejemplo se puede usar el tiempo, posponiendo la vigencia de alguna actividad si es el caso, proponer una fecha futura para tener el tiempo de revisar la situación.

Dentro del contexto descrito existieron varias formas de negociar, las más importantes las describimos a continuación:

---

<sup>x</sup> Las causas de estancamiento de una negociación generalmente se producen por: fracaso de las tácticas de lucha; extinción de los recursos necesarios; pérdidas de apoyo social y costos inaceptables.

- ✚ Las partes entran en conflicto en el momento que compiten por los recursos
- ✚ Se evidencia el conflicto por la prepotencia, las actitudes intransigentes y la retórica agresiva.
- ✚ En todo momento las partes obstaculizan la posibilidad de avance del otro, la relación se limita a lo requerido para garantizar su propia subsistencia.
- ✚ Cada una de las partes se impone sobre las otras empleando tácticas de presión con el fin de persuadirlas para que acepten las alternativas.

## 6.5 EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN

Un tema controversial dentro de un sistema penitenciario, es el empoderamiento y la participación de las PPL en este contexto. El sistema penitenciario es hecho exclusivamente para que las personas que ingresan pierdan sus derechos, entre estos el más común es el de ciudadanía; sin embargo, existen otros derechos que jamás deberían perder como los derechos humanos. Lamentablemente, incluso estos derechos muchas veces se pierden arbitrariamente.

### 6.5.1 Conceptos

Al hablar de empoderamiento primero debemos dar una definición:

Según Nelly Stromquist (12), empoderamiento es un concepto socio-político que incluye componentes cognitivos, psicológicos, económicos y políticos. El componente cognitivo se refiere a la comprensión de la mujer de las causas de la subordinación, esto incluye comprender la necesidad de escoger el ir contra las expectativas culturales y sociales dominantes, conocimiento de los derechos legales y sobre la sexualidad (más allá de las técnicas de planificación familiar).

El componente psicológico incluye que las mujeres deben sentirse con la capacidad para mejorar sus condiciones, gracias al fortalecimiento de su autoestima. Esto involucra un escape de su inhabilidad aprendida de pedir ayuda y el desarrollo de una autoestima. Para el componente económico se argumenta que aunque el trabajo afuera del hogar algunas veces implica una doble carga, el acceso a este trabajo aumenta la independencia económica y la independencia en general.

El componente político incluye la habilidad de imaginar una situación y que la movilice a realizar cambios sociales. La acción colectiva es fundamental para apuntar y alcanzar una transformación social.

La participación conduce hacia un empoderamiento por lo que este término no lo podemos descuidar. Se lo puede definir (13) como:

*“una forma de intervención social que le permite a los individuos reconocerse como actores que, al compartir una situación determinada, tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y que están en capacidad de traducirlas con una cierta autonomía frente a otros actores sociales y políticos.”*

El Concepto de participación social en este marco, se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

La participación social se concentra en grupos organizados que actúan en busca de intereses comunes, en lugar de comportamientos individuales aislados, de esta forma incluso se pueden establecer vínculos y afianzarse otros. Las características de estos grupos se resumen a continuación:

- ▾ Toman parte en deliberaciones sobre atención de salud
- ▾ Deciden sobre necesidades y prioridades
- ▾ Asumen responsabilidades en la formulación de planes
- ▾ Adoptan medidas que promueven la salud
- ▾ Evalúan los resultados

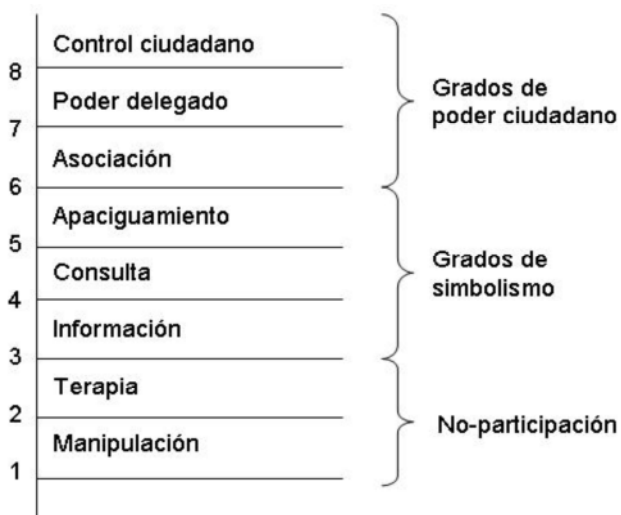
### 6.5.2 Escala de Participación

La Participación y Empoderamiento son dos términos que actualmente se han insertado en la nueva constitución y están modificando algunas políticas estatales, además es parte de uno de los poderes del Estado según el organigrama del Gobierno.

Hablar de participación en el medio penitenciario sin duda es un tema muy difícil, sin embargo es necesario analizarlo.

Existen varios tipos de participación o grados, según S. Arnstein (14) estos son:

Gráfico 3 Escalera de Arnstein



Fuente: A Ladder of Citizen Participation<sup>y</sup>  
 Elaborado por: Arnstein, Sherry

<sup>y</sup> Una propuesta para el estudio de mecanismos institucionales de participación disponible: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/02/mivc.pdf>

- **1 Manipulación:** Como seudo-participación para propio beneficio
- **2 Terapia:** Pequeños grupos de auto ayuda para desviar la atención de la verdadera participación. El término “terapia” en su sentido psicológico, es acerca de la “tendencia a la psicologización o concientización (lavado de cerebro).
- **3 Información:** Dando información superficial, difícil de verificar
- **4 Consulta:** Dando información y pidiendo la opinión sobre ella, pero sin tomarla en cuenta para la toma de decisiones.
- **5 Consejería (Apaciguamiento):** Consultando a la población para la planificación de actividades que en realidad ya fueron puestas en ejecución.
- **6 Socios (Asociación):** Con reglas del juego preestablecidas desde el comienzo, cuando ya no se puede tomar cualquier decisión unilateral.
- **7 Poder delegado:** Los civiles adquieren autoridad dominante en la toma de decisiones pero todavía existe el derecho al veto de parte de los superiores.
- **8 Control civil (Ciudadano):** El poder está completamente en las manos de la población

A continuación se presenta el siguiente cuadro resumen con el objetivo que sea más claro:

**Tabla 5 Características de la escalera de Arnstein.**

Nivel de participación	Descripción	Papel del ciudadano
<b>Manipulación</b>	Los ciudadanos son instalados en consejos y comités que solo funcionan como vehículo de “educación” por parte de los actores poderosos.	Los ciudadanos “educados” reproducen y apoyan las disposiciones de los actores poderosos en los medios participativos en los que han sido instruidos.
<b>Terapia</b>	Bajo la falacia de involucrar a los no-ciudadanos en la planeación, los expertos tratan a los sujetos en una especie de “terapia grupal”.	Los no-ciudadanos tratan de ser “curados” de su patología en lugar de resolver los principios de exclusión y desigualdad que generan su “patología”
<b>Información</b>	La información fluye de manera unilateral para que los ciudadanos sepan de sus derechos, responsabilidades y opciones.	En un nivel avanzado del proceso de planeación, los ciudadanos que apenas son informados tienen poca oportunidad de influir en el proceso.
<b>Consulta</b>	Los ciudadanos son una abstracción estadística que manifiesta cierta percepción de la política.	Al consultar la opinión de los ciudadanos se pretende legitimar la política.
<b>Apaciguamiento</b>	El grado en que los ciudadanos son apaciguados depende de la asistencia técnica para articular sus prioridades y la manera en que la comunidad presiona para lograrlas.	Los ciudadanos tienen la capacidad de aconsejar o planear sin embargo los actores poderosos se reservan el derecho de decidir sobre ésta.
<b>Asociación</b>	El poder se distribuye a través de la negociación entre ciudadanos y actores poderosos.	Se comparten las responsabilidades a través de estructuras formales.
<b>Poder delegado</b>	Las negociaciones entre ciudadanos y autoridades resultan en la delegación de la capacidad de decidir sobre un plan o programa	Los ciudadanos poseen los elementos para garantizar la existencia del <i>accountability</i> ( <i>responsabilidad</i> ) del programa.
<b>Control ciudadano</b>	La demanda de poder por parte de los ciudadanos es atendida por completo. Los ciudadanos pueden gobernar un programa o institución.	Los ciudadanos tienen el control absoluto de los aspectos gerenciales y de negociación.

**Fuente:** Revista Académica de Investigación Tlatemoani

**Elaborado por:** Marco Iván Vargas Cuéllar, disponible: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/02/mivc.pdf>

A continuación vamos ir describiendo los niveles indicados junto con su relación en el contexto penitenciario:

**Manipulación:** El hecho de haberles quitado algunos derechos, facilita la manipulación por parte de las autoridades, ya que las PPL deben ser corregidas y para esto hay que influir de forma eficaz en ellas. Se crea departamentos especiales para este fin como el de psicología y psiquiatría<sup>z</sup>. Crean programas sin haberlas consultado y las imponen supuestamente para el bien de ellas sin ni siquiera saber qué es lo que más necesitan.

**Terapia (desarrollo personal):** en este escalón dentro del CRSFQ supuestamente se las enseña “principios”<sup>aa</sup> para poder vivir en armonía, lo cual no ocurre y se limitan meramente a dar tratamientos y terapias ocasionales de psicología.

**Concienciación:** Son conscientes que no disponen de derechos, no existe la concientización adecuada que se les debería dar.

**Pedagogía participativa:** Existen programas para una educación “continua” pero esto solo queda en la intención, ya que realmente no existe en la práctica dicha pedagogía, aunque existen algunos talleres<sup>bb</sup> formados por iniciativa de las PPL y de algunos voluntarios que prestan su ayuda en el interior. De esta forma se está violando el Art. 208 (15) de La Constitución de la República<sup>cc</sup>.

A lo anteriormente mencionado hay que añadir una característica que desgraciadamente pesa en nuestro medio, y es el hecho de que se trata de mujeres que socialmente se las considera poco participativas de por sí, esto se suma a que dentro del medio penitenciario han perdido este derecho fundamental.

A pesar de esta lamentable realidad, las PPL han logrado organizarse en comité de internas y ser reconocidas legalmente dentro del establecimiento. Mediante este comité se evidencia determinación para influir, aunque sea en grado mínimo. Las decisiones adoptadas deben pasar por el visto bueno de las autoridades y si estas creen que es oportuno se realizan de lo contrario quedan en buenas intenciones de las PPL nada más.

Actualmente el grado de participación de las PPL es importante, según la escalera de Arnstein se encontrarían entre el escalón de Información y ocasionalmente en el de Consulta<sup>dd</sup>. Las PPL a través de su comité han logrado salir de la imposición o

---

<sup>z</sup> Foucault en su libro Vigilar y Castigar nacimiento de la prisión, indica que estos departamentos se crean para tratar de rehabilitar a los “enfermos” y para poder influir en sus conductas.

<sup>aa</sup> Código Penal, Pág. 3, Título III capítulo I Art. 12 Objetivo del Sistema Penitenciario: “ El objetivo que persigue el Sistema Penitenciario es la rehabilitación integral de los internos, proyectada hacia su reincorporación a la sociedad, y a la prevención de la reincidencia y habitualidad, con miras a obtener la disminución de la delincuencia”

<sup>bb</sup> Durante la Investigación se observó talleres de pintura, Cerámica y Tarjetas.

<sup>cc</sup> “El sistema penal y el internamiento tendrán como finalidad la educación del sentenciado y su capacitación para el trabajo, a fin de obtener su rehabilitación que le permita una adecuada reincorporación social. Los centros de detención contarán con los recursos materiales y las instalaciones adecuadas para atender la salud física y psíquica de los internos. (...)”

<sup>dd</sup> Algunas veces las autoridades realizan sondeos para ver las necesidades de las PPL; sin embargo, nunca hay una respuesta de las autoridades.

manipulación; sin embargo, todavía se encuentra lejos del empoderamiento. Los ejemplos que expresan o indican el grado de participación son los siguientes:

- ▾ Reconocimiento de los Derechos individuales y Colectivos (con ayuda de organismos de DDHH).
- ▾ Capacidad de propuesta (A las autoridades y a organismos externos)
- ▾ Fortalecimiento organizativo (comité).
- ▾ Organización de talleres de varios temas por parte del Comité con ayuda de organismos externos (elaboración de gasas, taller de tarjetas, taller de pintura, taller de DDHH).
- ▾ Disponen de medios para hacer escuchar su voz fuera del establecimiento.
- ▾ Reuniones periódicas del Comité con Director y otras autoridades del CRSFQ

Este contexto es muy dinámico y en ocasiones cuando existe algún incidente<sup>ee</sup> interno, todo lo que se expuso anteriormente queda anulado por algunos meses, siendo sometidas a regímenes totalmente manipuladores.

La participación debería aumentar hasta por lo menos los escalones iniciales de un empoderamiento como poder de decisión junto con las autoridades por lo menos en lo que respecta a Salud, ya que desafortunadamente en otras áreas jamás va existir empoderamiento o por lo menos si el sistema penitenciario se sigue llevando de la forma en la que se encuentra ahora.

## 6.6 SALUD EN CÁRCELES

Una variedad de factores intervienen en la salud de los individuos y de las comunidades. Desde esta visión integral, la salud de las personas —concebidas como sujetos sociales— es el resultado de la acción interdependiente de la herencia o carga genética; los hábitos y estilo de vida; el medio ambiente físico y sociocultural, entre otros. La salud del individuo estará estrechamente ligada a los niveles de salud de su comunidad.

Las acciones en salud en este medio pueden ser: promoción y prevención Se trata de dos conceptos importantes para orientar la planificación de acciones en salud. Ambos comparten aspectos que no sólo no son excluyentes, pueden ser complementarios o llegar a superponerse.

Finalmente, podría concluirse que para poder transformar un medio tan hostil en uno promotor de la Salud es importante la organización y una adecuada gestión.

### 6.6.1 Promoción de Salud

El medio penitenciario ofrece un acceso fácil y rápido a un tipo de población con importantes carencias socio-sanitarias, y por ello es objeto de acciones de promoción de la salud. Por otro lado, en la actualidad existe un marco legal y una red de profesionales y voluntarios que pueden promover y realizar estas acciones, las cuales pueden tener un impacto de salud directo sobre esta comunidad cautiva.

---

<sup>ee</sup> Sobre todo cuando existe una fuga o un intento de fuga, luego de controlar un motín.

La salud de las PPL viene condicionada por los mismos determinantes<sup>ff</sup> de la salud de la población general, si bien en la mayor parte de este grupo se detectan importantes deficiencias en requisitos básicos<sup>gg</sup> para la salud como son la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos económicos, etc. El medio penitenciario puede actuar como mecanismo corrector ofreciendo un acceso directo a dichos recursos en un entorno en condiciones adecuadas de habitabilidad y socialización, y por otro lado puede desarrollarse y reforzarse las habilidades individuales y comunitarias precisas para que tanto las PPL como la sociedad asuman los cambios necesarios para alcanzar una verdadera reinserción social.

La legislación penitenciaria constata que el fin primordial de las penas de privación de libertad es la reinserción social de los individuos; además establece que la Administración penitenciaria, a través de sus servicios sanitarios, velará por el derecho constitucional a la protección de salud de las PPL.

Las características de las acciones de salud en el medio penitenciario, recomendadas por la OMS (16) son:

- ↘ Partir de las necesidades de los propios internos e internas con respecto al desarrollo y mantenimiento de salud
- ↘ Planificarse desde el contexto sociocultural del propio medio y de las personas que viven en él, teniendo en cuenta sus valores, lenguaje y forma de entender e interpretar la realidad que les rodea
- ↘ Considerar la salud en un sentido positivo y desarrollar las potencialidades y autonomía, tanto individual como colectiva.
- ↘ Implicar a todos los agentes interesados (internos, administrativos, dirección, profesionales y voluntarios) a través de un trabajo multidisciplinario y en equipo.
- ↘ Incorporar, siempre que sea posible, la estrategia de la educación por iguales y la formación de agentes de salud.
- ↘ Estar basadas en la participación de las PPL en todo el proceso de intervención, desde el estudio de necesidades hasta la evaluación.
- ↘ Plantear actividades innovadoras, creativas y divertidas que hagan atractivos los mensajes de salud.
- ↘ Tener, como elementos dinamizadores, la evaluación y la investigación. Evaluar e investigar para actuar mejor, difundir los resultados y así incorporar nuevas personas con las cuales amplificar las acciones, creando redes cuyo objetivo sea compartir métodos y experiencias.
- ↘ Tener una adecuada financiación y soporte institucional que permita su continuidad en el tiempo.
- ↘ Mantener una orientación comunitaria que permita contar con los recursos comunitarios existentes y aspire a seguir la intervención en el ámbito comunitario después de la estancia en prisión.

El medio penitenciario es considerado frecuentemente bien sea por su alta concentración de individuos con alta prevalencia de enfermedades transmisibles y conductas adictivas, como un factor de riesgo para la salud de las personas. Está claro que la prisión más saludable es la que no existe, pero lo cierto es que existen. En consecuencia, desde hace

---

<sup>ff</sup> Determinantes biológicos, estilo de vida, entorno (medio ambiente) y servicios sociosanitarios

<sup>gg</sup> Paz, vivienda, educación, alimentos, ingresos, ecosistema estable, mantenimiento de los recursos y justicia, y equidad.

varios años diversos grupos de personas trabajan con la esperanza de que este medio pueda brindar una oportunidad para obtener ganancias en salud y aunque no es el entorno ideal, hay una serie de razones a considerar un enclave estratégico desde el punto de vista de salud pública:

- ↘ Las PPL no pierden la capacidad de pensar, decidir y planear cambios respecto a su salud y forma de orientar su vida.
- ↘ La población no está sujeta a un régimen de vida exclusivamente aislado, ya que existe un flujo de personas hacia el exterior mediante las salidas con permisos y las comunicaciones familiares.
- ↘ El medio penitenciario no deja de ser un espacio más dentro de la comunidad. Las visitas familiares y los contactos con profesionales o voluntarios, mantienen el vínculo con la comunidad.
- ↘ Para muchos individuos, la estancia en prisión supone su primer contacto con el sistema de salud. Estas personas conforman mayoritariamente una población joven, de bajo nivel educacional, con situación laboral precaria antes del ingreso en prisión y elevada prevalencia en cuanto a drogas y enfermedades infecciosas.
- ↘ Las intervenciones que pueden implementarse permiten el acceso a un tipo de poblaciones de difícil alcance en situaciones de libertad.
- ↘ Las instituciones penitenciarias cuentan con un grupo de profesionales, técnicos y voluntarios que pueden incorporar a su trabajo diario estrategias de promoción.

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera que el medio penitenciario es un entorno válido, factible y prioritario para la promoción de la salud. Según la OMS los elementos claves son:

- ↘ Prevención del deterioro de salud
- ↘ Capacitación y participación de los implicados
- ↘ Consideración de los componentes tanto físicos como mentales.
- ↘ Implicación de toda la comunidad en el cuidado de salud de las PPL.
- ↘ Abordaje holístico y multidisciplinario.

Sin esta base, es realmente difícil que los individuos puedan desarrollar sus potencialidades, esto es, que puedan construir su propia salud; de ahí la importancia del medio penitenciario como instrumento corrector de la desigualdad de oportunidades (dentro de sus limitaciones) y como puerta de acceso a una serie de recursos educativos, alimentarios de atención en salud, psicología de formación e inserción laboral, etc. Bajo ciertas condiciones de habitabilidad, dichos recursos permitirán a la PPL replantear su proyecto de vida.

La función del profesional (17) o voluntario promotor de salud en el medio penitenciario, consisten en:

- ↘ Identificar y actuar sobre los determinantes de la salud de la población penitenciaria.
- ↘ Favorecer y facilitar la información, el cambio de actitudes y las habilidades necesarias para que el individuo pueda elegir libremente con respecto a su salud
- ↘ Velar por que estas elecciones tengan la mayor amplitud y puedan practicarse dentro de los establecimientos penitenciarios.

Es importante mantener una orientación comunitaria en todo tipo de intervenciones, así como trabajar desde la propia comunidad para combatir la deficiencia existente en las redes de apoyo social y la dificultad de acceso a los bienes económicos.

Promover la salud en este medio significa poner en marcha estrategias de mediación entre la población penitenciaria y su entorno. Una política de promoción de salud utilizará distintos mecanismos: legislativos, acuerdos, convenios, líneas de subvención e investigación, cambios a escala organizativa, etc.

En este sentido, podría considerarse como personas o instituciones promotoras de salud penitenciario a los políticos, legisladores, responsables de departamentos ministeriales, miembros del poder judicial, gobiernos autónomos y sus respectivos departamentos, responsables políticos y técnicos de ayuntamiento, sindicatos, asociaciones y organizaciones ciudadanas civiles y religiosas. Sólo desde la implicación de los diferentes agentes promotores de salud en el medio penitenciario y a través de intervenciones intersectoriales, será posible dar respuestas eficaces.

Para lograr el desarrollo de la salud dentro de los medios penitenciarios, implica impartir conocimientos y habilidades. El primer obstáculo que habrá que vencer es la resistencia que la población, dadas sus características psicológicas y socioeducativas, a dichos cambios. Esto se llevará a cabo iniciando procesos motivadores que permitan la comprensión global del significado de la salud, su fomento, las medidas que deben ponerse en práctica cuando se pierde, y el papel protagonista y responsable del propio sujeto. Por esta razón es importante considerar que los procesos inicialmente deben partir de sus demandas, preocupaciones y necesidades.

### **Inventario de conocimientos y habilidades que deben promoverse y adquirirse en el medio penitenciario mediante la educación para la salud:**

- ☑ Conocer el funcionamiento del propio cuerpo
- ☑ Conocerse a uno mismo, identificar las aptitudes propias, aprender a desarrollarlas, y fomentar la autoestima
- ☑ Adquirir habilidades de relación interpersonal, sociales, de comunicación y relacionadas con los sentimientos.
- ☑ Conocer el entorno ( el de la comunidad de origen y el penitenciario), así como los elementos que lo definen y adaptarse positivamente a él
- ☑ Identificar las etapas de la vida y adaptarse a ellas, reaccionar positivamente ante las crisis vitales, afrontar adecuadamente los conflictos y la frustración, y adquirir habilidades para la solución de problemas.
- ☑ Escoger un estilo de vida saludable
- ☑ Escoger un trabajo o afición, y adquirir habilidades para buscar empleo
- ☑ Vivir la propia sexualidad
- ☑ Escoger un método anticonceptivo
- ☑ Realizar actividades físicas
- ☑ Alimentarse y consumir alimentos adecuadamente
- ☑ Identificar y realizar auto cuidados, promover el auto apoyo y la ayuda mutua
- ☑ Adquirir habilidades alternativas a la agresión y habilidades para hacer frente al estrés
- ☑ Respetar las diferencias entre las personas y promover la igualdad entre los seres humanos

Para la consecución de estos objetivos se requiere que el educador actúe como dinamizador de potencialidades, motivador y creador de ámbitos de confianza, haciendo uso abierto de todas aquellas técnicas y métodos basados en la comunicación, la autoestima, la toma de conciencia crítica de la realidad, el diálogo, la resolución de conflictos, el contraste grupal y la realización de proyectos desde acciones organizadas.

Es importante conocer adecuadamente la población donde se intervendrá; esto implica profundizar en los cuatro elementos que la constituyen: territorio, población, demanda (necesidades y problemas que esta población expresa) y recursos disponibles. También hay que tomar en cuenta las características socioculturales de la población.

Se debería coordinar e impulsar proyectos de intervención dirigidos a:

- ✚ Adquisición de habilidades individuales para la formación de un entorno saludable y la potenciación de acciones comunitarias.
- ✚ Actuación de una manera integral frente a los problemas de salud prevalentes, incorporando las estrategias de promoción de la salud para su prevención, tratamiento y recuperación
- ✚ Incorporación de organizaciones no gubernamentales, aprovechando fuentes de financiamiento externas para el desarrollo de programas dirigidos a los objetivos citados, para lo cual se constituirían equipos mixtos formados por profesionales y miembros de dichas organizaciones.

Para poder conseguir una verdadera reorganización de los servicios es importante e indispensable considerar lo siguiente:

- ✚ Inclusión de objetivos y contenidos de promoción de la salud en las pruebas de acceso a los cuerpos de funcionarios de instituciones penitenciarias y en los planes de formación profesional continuada, así como la formación y entrenamiento de educadores, en el cuerpo de ayudantes de instituciones penitenciarias, especializados en promoción y educación para la salud.
- ✚ Creación de unidades especializadas en promoción de la salud en los establecimientos más grandes o de ámbito regional que impulsen, coordinen, planifiquen y evalúen aquellas acciones que se determinen.
- ✚ Incorporación de la promoción de la salud dirigida a los trabajadores penitenciarios en los programas y actuaciones en materia de salud laboral y prevención de riesgos laborales, en el contexto penitenciario.

### 6.6.2 Prevención en Salud

Por prevención entendemos el conjunto de estrategias orientadas a reducir factores de riesgo de enfermedades específicas, así como a reforzar aspectos personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

En el proceso de salud-enfermedad se pueden establecer distintos niveles de prevención, según los objetivos a cumplir:

- ✚ **Prevención primaria:** abarca acciones destinadas a evitar la aparición de enfermedades, promover mejores estados de salud e impedir daños.

- **Prevención secundaria:** el objetivo es evitar la progresión de una enfermedad y daños mayores mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.
- **Prevención terciaria:** actúa a través de acciones de rehabilitación física, mental y social en personas que por enfermedad han sufrido complicaciones, secuelas o discapacidades, facilitando su reinserción social.

## 7 CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA

A nivel mundial los Centros de Rehabilitación Social siempre han estado llenos de hermetismo, denuncias y corrupción, sin embargo, existen algunos ejemplos que demuestran los esfuerzos de algunos gobiernos o instituciones para superar estos inconvenientes.

La sobrepoblación es igual uno de los problemas más importantes y que sin duda afecta las condiciones de salud y salubridad. Los niveles de sobrepoblación son mayores que el 120% en Latinoamérica, por lo que conviene calificar a la situación de gravísima. Un dato que genera más decepción, es que la mayoría de las personas privadas de libertad no están cumpliendo condena sino que, bajo la presunción de inocencia, están encerradas mientras están siendo procesadas

Una de las consecuencias obvias del hacinamiento, es la obstaculización del normal desempeño de las funciones de cualquier sistema penitenciario, tales como salud, el descanso, la higiene, la alimentación, la seguridad, el régimen de visitas, la educación, el trabajo, la recreación y la visita íntima

El concepto de Cárceles Saludables se ha estado implementando en Argentina junto con la OPS y los ministerios de Salud y el de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. En este universo tan complejo, la protección de la salud física y mental de los alojados adquiere una mayor relevancia, aunque la vida en prisión potencie su vulnerabilidad, especialmente porque la propia Constitución Nacional Argentina en su artículo 18 establece que las Cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas (18).

El programa de trabajo de “Cárceles Saludables en la Argentina” surge después de varias reuniones de trabajo donde se caracterizó la situación de salud de las cárceles federales y se definieron los lineamientos conceptuales básicos que orientaron el perfil del programa a desarrollar. Para ello, se tomaron como referencias las experiencias de la Organización Mundial de la Salud y países miembros de la Oficina Regional Europea en 1995 con el proyecto “Cárceles Saludables”, basado en el concepto de promoción de la salud y el Programa de “Prisiones Saludables” del Servicio Correccional de Canadá, desarrollado conjuntamente con el Servicio Nacional de Enfermedades Infecciosas del Ministerio de Salud de Canadá y cuyo eje de desarrollo es también la promoción de la salud. Como se observa, por ley, los centros penitenciarios de Argentina deben ser “sanos y limpios” por lo que son Cárceles Saludables lo que implica todo un cambio político, administrativo y estructural.

Los principios básicos del programa argentino, es el desarrollar en las unidades del Servicio Penitenciario Federal un entorno saludable que contemple los derechos humanos, éticos y legales de los internos alojados y del personal penitenciario federal.

Los objetivos son implementar prácticas y políticas de atención primaria en salud en todas las etapas de permanencia del interno en las unidades un ambiente saludable, contribuya a minimizar la incidencia negativa de las enfermedades en los individuos y la comunidad, y asegure el bienestar psicofísico y ambiental del Servicio Penitenciario Federal, que aseguren el desarrollo de un ambiente saludable, contribuya a minimizar la incidencia negativa de las enfermedades en los individuos y la comunidad, y asegure el bienestar psicofísico y ambiental.

Los Objetivos específicos de este programa son:

- ❑ Implementar un sistema permanente de vigilancia epidemiológica y de información continua.
- ❑ Evitar la diseminación de enfermedades (Tuberculosis, SIDA, Hepatitis, etc.).
- ❑ Asegurar los cuidados y el tratamiento y el apoyo a los internos que viven con enfermedades psíquicas o físicas y a su entorno, incluyendo al personal que lo asiste.
- ❑ Minimizar la incidencia negativa de la enfermedad en los individuos y en la comunidad.
- ❑ Minimizar el impacto de factores socioeconómicos y de los comportamientos que aumentan los riesgos de la enfermedad tanto individual como colectiva.
- ❑ Asegurar el bienestar psicofísico del personal penitenciario.
- ❑ Asegurar una alimentación adecuada y condiciones ambientales.
- ❑ Identificar grupos poblacionales con necesidades especiales.

Los componentes del proyecto son:

- ❑ Promoción de la salud.
- ❑ Cuidados, tratamientos y apoyos según necesidades.
- ❑ Gerenciamiento de la información epidemiológica e informes de salud.
- ❑ Coordinación de efectores y comunicación.
- ❑ Estrategias en poblaciones especiales, ej. Internas con hijos, adolescentes.
- ❑ Definición de responsabilidades y responsables.
- ❑ Preservación de los derechos humanos, éticos y legales.
- ❑ Evaluaciones periódicas.

Dentro de las actividades para poder desarrollar el proyecto, se encuentra la conformación de un comité de salud, además se implementó cursos de Primeros Auxilios para los internos y el personal que incluya resucitación cardio-pulmonar. La creación de un sistema de registro y de información sanitaria, y Desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica. El trabajo conjunto con los familiares del interno, es indispensable de aumenta la participación comunitaria.

Las Naciones Unidas, ha desarrollado un manual exclusivo para el manejo de mujeres en prisión, publicado en el año 2008. Dentro de este tema, se indica cuáles son las necesidades básicas para las mujeres en prisiones (19):

- ✚ Los retos que enfrentan para acceder a la justicia en igualdad de condiciones que con los hombres en muchos países
- ✚ Su victimización desproporcionada de abuso sexual o físico antes de ingresar a prisión
- ✚ Un alto nivel de necesidades de salud mental, a menudo como resultado de la violencia doméstica y abuso sexual
- ✚ Su alto nivel de dependencia de drogas o alcohol
- ✚ El encarcelamiento causa intenso estrés, lo que puede conducir a exacerbar problemas mentales preexistentes.
- ✚ El abuso sexual y la violencia contra las mujeres en prisión; La alta probabilidad alta de tener responsabilidades para cuidar a sus hijos, familiares y otras personas
- ✚ Necesidades específicas del género de la salud que no puede ser adecuadamente satisfechas.
- ✚ La estigmatización, la victimización y el abandono de sus familias, a partir de su liberación

En este manual además se determinan detalles sobre el cuidado exclusivo en salud de las mujeres en prisión:

- ✚ Entorno saludable en prisión
- ✚ Exámenes médicos en la entrada
- ✚ Cuidado específico de género
- ✚ Cuidado y Atención en Salud mental
- ✚ Prevención, tratamiento, atención y apoyo en HIV
- ✚ Tratamiento para el abuso de sustancias
- ✚ Prevención en suicidio y autolesiones
- ✚ Servicios preventivos de salud
- ✚ Higiene
- ✚ Capacitación en salud al personal interno

Como se ha mencionado, hay varias propuestas para mejorar las condiciones de vida de las PPL, tanto políticas estatales como políticas internacionales. Existen algunos lineamientos que se podría seguir y adaptar a los contextos locales.

## 8 HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIA ELEGIBLE

Luego de realizar los diagnósticos situacionales tanto en el año 2007 como en el 2011 y posteriormente con la realización de Investigación Acción con los diferentes actores internos, se ha llegado a establecer la siguiente hipótesis de cambio:

*“Para mejorar la calidad de vida de las Personas Privadas de Libertad dentro del centro de rehabilitación social femenino de Quito, es indispensable mejorar la gestión y organización en salud y se propone conformar un Comité de Salud Interno con la participación de los diferentes actores y fomentar la participación de las Internas a manera de una prueba piloto para evaluar y posteriormente replicar en otros centros de rehabilitación social.”*

Para lograr los cambios propuestos, se ha elaborado varias estrategias: políticas, de atención y de participación

Las estrategias han sido elaboradas basándose en las investigaciones realizadas en las dos fases previas.

### 1. Políticas:

- Formación de comité de Salud conformado por un representante de cada actor:
  - ▾ CRSF-Q área médica
  - ▾ MSP área N.9
  - ▾ ONG's y voluntarios
  - ▾ COMITÉ DE INTERNAS
- Redistribución de responsabilidades y funciones según sus capacidades entre los diferentes actores que apoyan salud en el CRSF-Q.
- Capacitación al personal del CRSF en temas de Derechos Humanos, Derechos del Niño y Salud.
- Proponer la intervención directa de organismos internacionales de DDHH.

### 2. Atención:

- Formación de un *Primer Nivel de Atención* dentro del Centro de rehabilitación con apoyo de los distintos Actores.
- Formación de Promotoras de Salud dentro del CRSF-Q.
- Promover manejo diferenciado a mujeres embarazadas y madres con niños menores de 1 año (espacios especiales)
- Implementar un programa de Salud Mental adecuado y suficiente para cubrir a las Personas Privadas de Libertad y a sus familiares.
- Sistema de referencia inmediata de enfermedades contagiosas, potencialmente mortales o discapacitantes.

### 3. Participación (empoderamiento):

- Probar estrategias que permitan lograr mayor involucramiento y participación de las Personas Privadas de Libertad en la Atención de Salud.

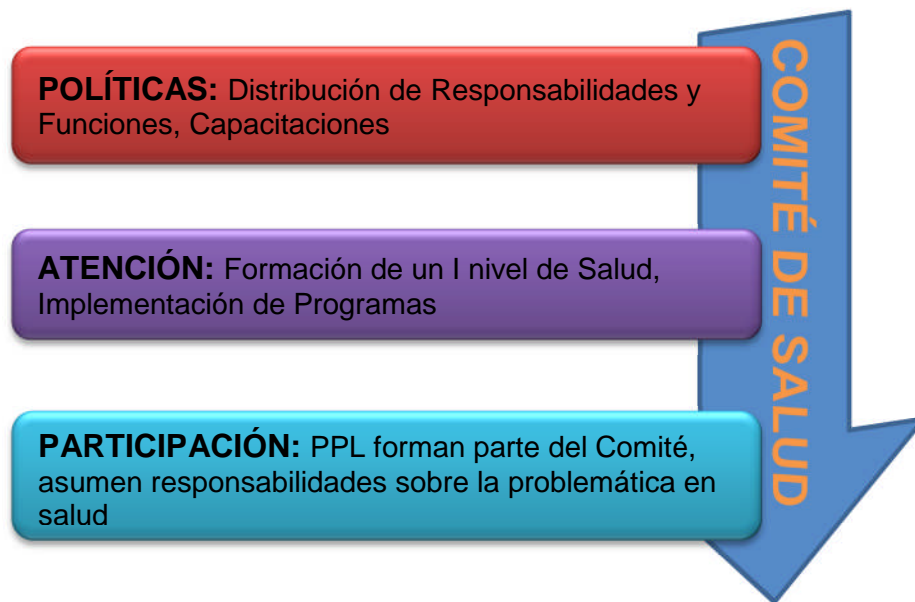
- Fomentar el empoderamiento de los diferentes actores para el trabajo dentro del CRSF-Q.

La alternativa de cambio se escogió basándose en la investigación realizada y no con la participación de los actores, ya que al tratar de escoger las alternativas, existía un alto grado de diferencias ideológicas, políticas; cada actor tenía varias alternativas y no eran apoyadas por los otros.

Se escogió la conformación de un Comité de salud ya que esta alternativa cruza por los tres ejes expuestos anteriormente mejora la coordinación, organización y la gestión. Una adecuada Gestión Administrativa, Financiera y de Recursos, garantizaría una organización y distribución de funciones entre los actores optimizando los recursos existentes, brindando una efectiva y eficiente prestación de servicios de salud. Incluso se podrían convertir en lineamientos políticos.

A continuación se diagrama la idea:

**Gráfico 4 Estrategia a Implementar**



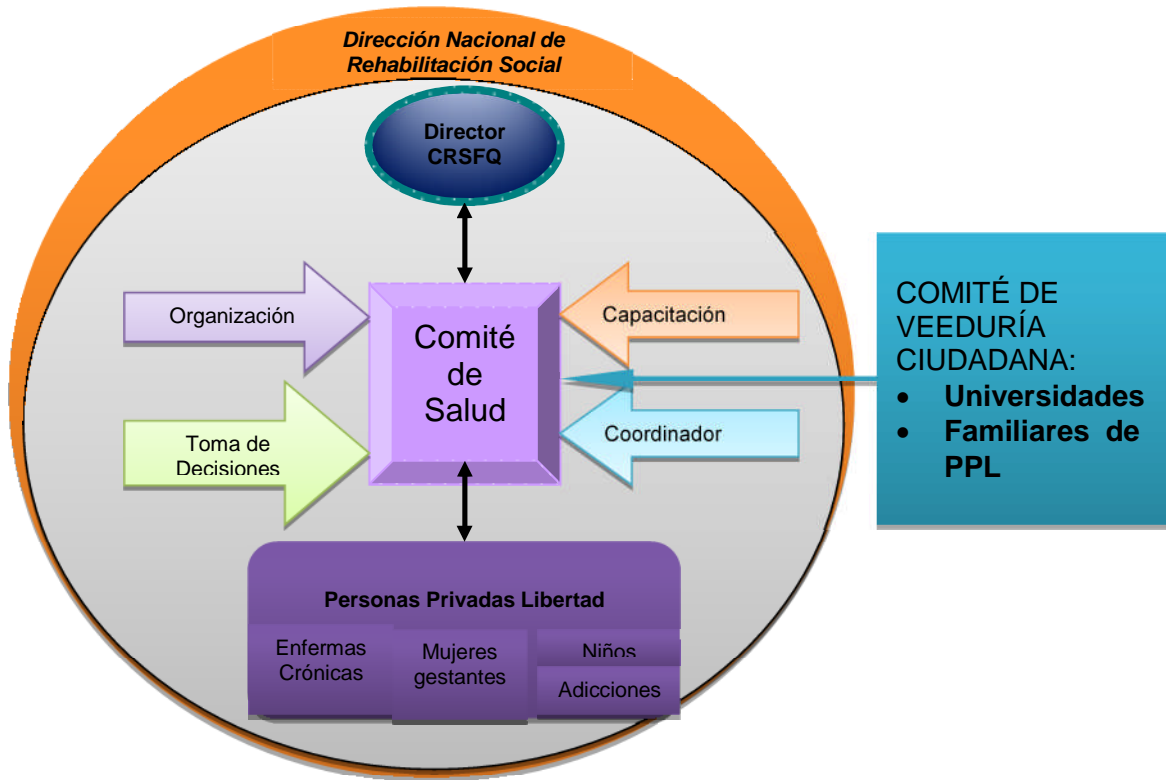
**Fuente:** Vivanco José Luis, datos recopilados en Agosto del 2011.

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

Con la conformación de un Comité de Salud se lograría:

- ↘ Creación de Políticas de salud adaptadas al contexto local
- ↘ Mejoramiento en la Organización, Gestión y Coordinación entre los diferentes actores Internos y Externos.
- ↘ Creación e implementación de acciones en salud adaptados a las necesidades locales.
- ↘ Participación Directa de las PPL para colaborar en la toma de decisiones en salud.
- ↘ Implementar un I nivel de atención con la participación de todos los actores y lograr la complementariedad.

**Grafico 5 Modelo del Comité de salud en el CRSFQ**



**Fuente:** Vivanco José Luis, datos recopilados en Agosto de 2011.

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

En el modelo expuesto, se indica una propuesta nueva para poder fomentar el mejoramiento de la Salud en las PPL. Para poder garantizar el cumplimiento de todas las acciones que se tomen dentro del comité, se formaría un comité de veeduría ciudadana siendo actores externos. Para que las veedurías sean más imparciales se sugiere la participación activa de las Universidades como agentes técnicos y los familiares de las PPL como eje fundamental de participación indirecta de las PPL.

El comité de Salud quedaría conformado con los siguientes actores:

**Gráfico 6 Comité de Salud**



**Fuente:** Vivanco José Luis, datos recopilados en Investigación en Agosto de 2011.

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

## 9 PROPÓSITO Y OBJETIVOS

El propósito de este estudio es implementar estrategias para poder garantizar el Buen Vivir de las Personas Privadas de Libertad siendo ellas mismo pieza fundamental en este proceso con la Participación de varios agentes sociales.

Se selecciona como prueba piloto el CRSFQ con la finalidad de que posteriormente sea acogido e implementado en otros Centros de rehabilitación social y ser adaptados al medio local.

### 9.1 GENERAL

Comparar la situación de las PPL bajo la constitución anterior y la situación actual bajo la constitución del año 2008 para poder identificar las nuevas brechas existentes y contribuir a la construcción de un modelo participativo de un Sistema Integrado de Salud Penitenciaria que mejore las condiciones de Atención en Salud de las Personas Privadas de Libertad.

### 9.2 ESPECÍFICOS

- Comparar las diferencias conceptuales entre la constitución de 1998 y la del 2008.
- Analizar los intereses particulares de cada actor dentro del CRSF-Q para poder entender cuál es la lógica por donde lograr fomentar un cambio en el Sistema de Salud Penitenciario.
- Determinar la dinámica interna de relaciones de poder que existen entre los diferentes actores dentro del CRSF-Q.
- Proponer estrategias de cambio en Salud dentro del CRSF-Q para lograr un Sistema Integrado de Salud Penitenciaria.
- Conformar de un Comité de Salud Intersectorial con participación activa y directa de las PPL
- Implementar un I nivel de Salud Penitenciaria.

## 10 INSTRUCCIONES OPERATIVAS

El trabajo realizado dentro del CRSFQ, se inició en el año 2007 con los actores locales y posteriormente se retomó en el año 2001. A continuación se presenta el cronograma de actividades:

- ▾ **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 2007:** Se recolectó la información para el diagnóstico del 2007 y se realizó un análisis junto con las autoridades.
- ▾ **PROCESO INVESTIGACIÓN - ACCIÓN 2007:** Se realizó Investigación – Acción junto con las PPL, MSP y CRSF-Q para fomentar un cambio, posteriormente se suspendió por no obtener apoyo.
- ▾ **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 2011:** Se realizó un nuevo diagnóstico situacional para analizar los alcances del nuevo contexto junto a la constitución del 2008 y la declaratoria de emergencia del sistema penitenciario nacional. Se identificó brechas existentes.
- ▾ **DESARROLLO DE PROPUESTA CON LAS PPL:** Discusión con el Comité de Internas para analizar la factibilidad de la conformación de un comité de salud y su margen legal.
- ▾ **DISCUSIÓN CON AUTORIDADES:** Análisis con la Dirección Nacional de Rehabilitación Social y con Autoridades del MSP como representantes el área N°9
- ▾ **REALIZACIÓN DE PROPUESTA DEFINITIVA OCTUBRE 2011:** Entrega de material final al ISP, DNRS y MSP

Para crear el Comité de Salud, se ha propuesto las siguientes estrategias:

- Negociación con Autoridades de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social
- Negociación con Director del área N°9 del MSP
- Negociación con Comité de Internas
- Exposición de Propuesta realizada por Investigador
- Revisión Bibliográfica y análisis de modelos
- Conformación de Veedurías ciudadanas para garantizar el cumplimiento de la funcionalidad del comité.

A fin de iniciar la implementación, es necesario reunirse con los actores principales que formarían el Comité de Salud como el comité de internas, el MSP con el área 9, el director médico del CRSFQ, el director del CRSFQ y las diferentes ONG. La estrategia, considerando la situación del contexto, es el de negociar con cada actor por separado ya que no es posible poder integrarles a todos en una misma reunión.

Esto se intentó generar en el 2007 al realizar Investigación-Acción<sup>hh</sup>, sin éxito por ciertas diferencias existentes entre el MSP y el entonces director del CRSFQ; sin embargo, actualmente el contexto y el momento histórico del país es diferente y tanto el MSP como el director del CRSFQ están abiertos a generar el cambio.

---

<sup>hh</sup> Se realizó durante el primer diagnóstico situacional para tratar de implementar un cambio, sin embargo la estrategia de abordaje a los diferentes actores no generó el impacto deseado por lo que para este nuevo proceso se especifica lo que se debería realizar.

La negociación por separado es fundamental para poder escuchar las ofertas de cada actor y posteriormente asimilado el tema se pueda convocar a reuniones de aproximación inicial para luego elaborar mesas de trabajo y posteriormente entrar en la formación oficial del comité.

Para la conformación del Comité de veeduría ciudadana se debe acudir al “Consejo de Participación Ciudadana y Control Social” para su legalización llenando el formulario (20) de inscripción ([Ver Anexo 15.3](#))

Es importante señalar que este contexto se caracteriza por tener situaciones altamente cambiantes, puede ser de un día al otro, se observó durante el 2007, gran “dinamismo” sobre todo en “las relaciones con otros actores” ya que éstas cambian según las estrategias elegidas para lograr el cumplimiento de sus intereses y sus funciones. Al ir avanzando en el proceso, se evidenció la presencia de conflictos entre los actores, luego de realizar una reflexión de lo que estaba ocurriendo, se observó que nunca se consideró las relaciones entre los diferentes actores y su influencia que se ejercían mutuamente.

## 11 METODOLOGÍA

El Medio Penitenciario, es un Sistema Social, por lo cual presenta muchas relaciones humanas muy complejas cuya constante es la variabilidad y dinamismo. El enfoque que se da a esta Investigación es de carácter socio-ambiental, es un modelo muy dinámico.

El método escogido para el primer proceso del 2007 fue el de Investigación-Acción, por las características descritas anteriormente; con este proceso se trató de fomentar la participación de los actores que intervienen en el contexto.

Para el proceso final del 2011 se realizó Investigación Operativa ya que se analiza y mide el impacto generado por el nuevo contexto político generado por la constitución aprobada en el 2008.

Finalmente se realizó una revisión bibliográfica para sustentar la propuesta analizada sobre la conformación del comité de salud y la veeduría ciudadana.

### 11.1 Recolección de Información

Para la recolección de la Información en las Diferentes fases del Proceso tanto del 2007 como del 2011, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- ↘ Revisión de Documentos del Comité de Internas y del CRSFQ, Revisión de Diagnóstico Situacional, Informe de Proceso, Documentos Digitales de la FLACSO-Quito, Documentación de la DNRS, Documentos de Médicos Voluntarios (2007)
- ↘ Revisión de Documentos de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social.
- ↘ Entrevistas a los Actores involucrados en el CRSFQ basándose en guías preestablecidas ([Ver Anexos 15.1](#)).
- ↘ Observación directa pasiva para evidenciar el número de horas que trabajan los profesionales de planta del CRSFQ.
- ↘ Observación directa participativa, a fin de recoger datos de morbilidad de las consultas que se iba realizando en el 2007
- ↘ Matriz de recolección de datos.

## 12. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Una de las fases más difíciles que se debe enfrentar al trabajar en un medio tan cerrado y represivo, son las negociaciones que se deben realizar con los actores principales y también con las organizaciones voluntarias. La costumbre y experiencia, se convierten frecuentemente en enemigos del cambio, el hecho de tener poder puede hacer que se pierda el objetivo y muchas veces deben procurar mantener el cargo y deben tratar de quedar bien con las autoridades máximas.

Todo gira alrededor de juegos de poder, intereses e interrelaciones que existen entre los diferentes actores, por lo cual se ha visto importante profundizar en estos aspectos. La propuesta de conformar el Comité de Salud dentro del CRSFQ, se basa en las revisiones bibliográficas y las experiencias en otros contextos.

Los comités de Salud están formados por actores propios del contexto con participación tanto de autoridades como de representantes sociales y de la comunidad en general. Las funciones (21) de un Consejo de Salud (en este caso lo llamaremos Comité), son:

- Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito local.
- Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el cantón(local)
- Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
- Apoyar la organización de la red de servicios en el cantón(o contexto local).
- Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.
- Vigilar que la celebración de contratos o convenios de presentación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema.

De esta forma se podría formar un Sistema local de Salud<sup>ii</sup> (SILOS) el cual consiste de un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectorial y extra sectorial responsable por la salud de una población y un ambiente definidos en una región geográfica específica. A través del SILOS se coordina los recursos del sector salud y de otros, se facilita la participación social y se revitaliza y reorienta el sistema nacional de salud, haciéndolo más sensible a las verdaderas necesidades en materia de salud y desarrollo del país (22).

El propósito de reforzar los SILOS, es descentralizar el proceso decisorio o mediante la transferencia de los poderes reguladores del nivel central al nivel local, e incorporar a la comunidad, realizando así su función al hacerla un sujeto en lugar de un objeto de la intervención y de esta forma ajustando las medidas de salud a las necesidades y condiciones locales.

Una de las ventajas del CRSFQ es que algunas decisiones administrativas se toman exclusivamente en la Dirección del CRSFQ como son las de salud con su representante el Director Médico, Educación, Alimentación y no participa la Dirección Nacional de Rehabilitación.

---

<sup>ii</sup> OPS Sistemas Locales de Salud 1990 CDISP-PUCE ISP 0739: Un sistema local de salud consiste de un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales y extra sectoriales responsables por la salud de una población y un ambiente definidos en una región geográfica específica.

En general, los Consejos irán pautando algunas líneas generales para su trabajo como la creación de comisiones que le permitan funcionar eficientemente. En este caso el Comité de Salud Interno iría precedido por el Director del CRSFQ o el Director Médico del CRSFQ y la secretaría técnica por el Jefe de Área 9 del MSP.

Es indispensable que se conformen comités de veeduría para poder garantizar el cumplimiento de las resoluciones del Comité de Salud, se propone que formen parte las Universidades y los familiares de las PPL.

Hablar de participación y empoderamiento en este contexto parecería inaudito, se debe ensayar formas para poder lograr este objetivo, aunque “empoderamiento” en todo su concepto es muy difícil llegar en este contexto mientras no se cambie la visión y estructura hacia un Sistema de Rehabilitación Social verdadero. La alternativa del Comité de Salud, no es nueva y se lo ha implementado en varios contextos, algunos con éxito y otros realmente un fracaso, es importante incentivar a la comunidad para que tomen parte en la participación y es fundamental la unidad tanto de autoridades como de la propia comunidad.

Para sentar bases y crear un Comité, deben existir acuerdos previos, elaboración de políticas a nivel local con una participación multisectorial al igual que veedurías permanentes de la comunidad.

### **12.1. Discusión sobre Teoría de micro-poderes en el CRSFQ**

Dentro del Medio penitenciario y en particular del CRSFQ, se observa pugna de poderes: al estar involucrados varios actores termina siendo una microfísica del poder. Estos responden a varios intereses particulares y es muy frecuente que existan treguas, alianzas pasajeras entre estos.

Sin duda, este juego de poderes interfiere significativamente en el desarrollo de políticas y lineamientos de organización, en el uso adecuado de los recursos, y causa problemas de salud física y mental, incentivando el desorden interno, de conflictos de oposición constante entre uno y otro actor. Esto impide una mesa de diálogo o negociación verdadera donde se expongan los intereses que persiguen las partes.

El miedo en cierta forma es una expresión de poder que se ejerce sobre un sujeto; mantiene a las personas expectantes y se transforma en un medio indispensable (estratégico) para la sobrevivencia dentro de estos contextos. Lo anterior ha desencadenado un deterioro constante a los actores más vulnerables que en este caso son las PPL, quienes sufren esta influencia de poderes teniendo que responder de igual manera.

El comité de internas es una entidad respaldada en normas jurídicas dentro del CRSFQ, son elegidas cada dos años con un equipo conformado por una presidenta, vicepresidenta, tesorera y coordinadora de eventos especiales. Poco a poco dentro de este contexto han ido adquiriendo más participación y de algún modo hoy día constituyen un bloque sólido que neutraliza los diferentes poderes que recaen sobre ellas.

El comité debe ser considerado como aliado estratégico si se quiere iniciar una actividad dentro del establecimiento, es importante hacerlas participar en toma de decisiones. En salud, ellas disponen de datos que ni siquiera el propio departamento médico tiene. Ellas

tienen identificadas a las PPL con enfermedades crónicas, graves, el número de niños que existen y sobretodo las necesidades reales que sienten. Una de las muchas fallas de los diferentes programas sobre todo en salud es el que nunca les consultan qué es lo que ellas sienten y necesitan. Es verdad que los técnicos son los que al final deciden los beneficios de la mayoría pero, sin tener en cuenta la opinión de las PPL seguramente dicha intervención fracasará.

Los médicos que trabajan en prisiones enfrentan problemas que son distintos de los que atienden las necesidades del resto de la población, en las prisiones deben poder entregar atención médica adecuada adaptada al contexto. La conducta del médico no debe entrar en conflicto con las normas internacionales éticas y de derechos humanos. En muchos países, la educación de los médicos de prisiones no es una prioridad. Muchos ni siquiera tienen acceso o desconocen las convenciones y reglas internacionales que regulan los servicios de atención para los presos; constatan violaciones de los derechos humanos, pero no saben cómo abordarlas de manera adecuada.

El director médico fue asignado por nombramiento, depende exclusivamente de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social. Él debe responder de sus acciones a dicha institución sin dar cuentas a las PPL ni al MSP. Al ser un puesto de nombramiento, tiene garantizado su trabajo dentro del establecimiento y al ser una autoridad permanente ha ido ganando poder interno. La autoridad con la que cuenta en el aspecto de salud es muy importante, él dispone de quien entra a colaborar y qué actividades se deben hacer. El problema es que tiene un cierto temor de perder esta autoridad o de compartir con algún otro organismo, por lo que prefiere manejar sólo los problemas de salud; coordina muy poco con el área 9 del MSP y cuando ingresa alguna brigada médica trata de ganar protagonismo.

Para poder trabajar dentro de un contexto tan cerrado y complejo es importante primeramente analizar cuáles son los intereses que tiene cada parte y además procurar realizar un historial de participaciones, para de esta forma no caer en los mismos errores. La participación directa de las PPL es fundamental e incluso se debería legalizarla. La autorización inicial del director del CRSFQ es importante, pero no es fundamental para continuar el trabajo, no se debe depender de él, es mejor buscar alianzas estratégicas en el interior del centro con autoridades fijas que conozcan adecuadamente la situación real como el coordinador, e inclusive el director médico.

El sistema penitenciario, como muchos otros sistemas, se rigen fundamentalmente por modelos masculinos y carece tanto de un marco legal que permita salvaguardar los derechos de las internas y de sus hijos, como de los medios materiales y humanos indispensables para mejorar sus condiciones de reclusión. Las cárceles, al igual que todo el sistema de justicia penal, han sido construidas sin considerar las especificaciones de las mujeres reclusas. Ellas responden de forma diferente al encierro, al estrés provocado por un sistema castigador y vigilante. La mayoría de personal que labora dentro del CRSFQ son hombres e incluso los directores en su mayoría han sido hombres y solo en un caso una mujer; de esta forma, la visión de género se pierde, no pueden percibir las necesidades de las mujeres que son distintas a la de hombres. El abuso de poder es un más notorio sobre las PPL con todo este cuerpo administrativo masculino.

Los niños que viven y crecen en la cárcel, no sólo ven vulnerados sus derechos y sufren las consecuencias sin haber delinquido, sino que además tienen altas probabilidades de convertirse en delincuentes. Los niños de este contexto son objetos de los conflictos que

existen entre los diferentes actores del medio penitenciario; estos niños sufren igualmente de problemas mentales o de desadaptación conductual que impide su socialización con otros niños fuera del centro penitenciario.

De esta manera, las consecuencias de la reclusión se extienden de inmediato a la familia y, en forma muy especial, a los hijos. Dada la cantidad de mujeres reclusas que son madres, son precisamente los hijos su principal preocupación, ya que aun estando en prisión deben trabajar para mantenerlos; sin embargo, las posibilidades de realizar un trabajo digno dentro de los centros penitenciarios, con una remuneración suficiente para la mujer y sus hijos, es de hecho inexistente. El trabajo es escaso y mal remunerado. (23)

## **12.2. Pautas para Negociar en el medio Penitenciario**

Sin duda este tema es uno de los más críticos que se debe topar dentro de un contexto penitenciario. Primero es importante señalar que el medio penitenciario es un ambiente muy cerrado y casi nada flexible por su misma concepción. La estructura física y administrativa está hecha para ser inflexible y teóricamente inquebrantable.

La negociación plantea una situación esencialmente asimétrica, en la que se trabaja en forma iterativa, por aproximaciones sucesivas. Surgirán problemas de comunicación, tensiones personales, singularidades que dependen tanto de la situación que vive el otro como de su propia realidad, y cada parte cargará a cada propuesta y gesto un valor distinto. Dentro de este contexto es importante identificar, en primer lugar, los intereses que existen, ya que una negociación se lleva a cabo al existir un conflicto entre estos. Una negociación es una decisión a ser tomada en un contexto de alto riesgo, por lo que *negociar* exige reunir información y generar credibilidad (9). Entre los conflictos más frecuentes están los económicos, políticos, laborales, personales, de reputación, demostración de poder.

Dentro del CRSFQ, la negociación entre los diferentes actores es muy difícil, ya que tiene puntos de vistas e intereses diferentes, es necesario negociar con cada actor por separado a forma de un pivot (recibiendo información y entregando), siendo éste el observador o el investigador.

## **12.3. Metodología de Investigación-Acción en Cárceles**

Los sistemas de salud se caracterizan por múltiples interrelaciones entre una variedad de elementos, lo que hace a este contexto complejo, por lo que se necesita un enfoque sistémico: lo que la investigación tradicional no brinda. El objeto de investigación se ubica en un contexto dinámico donde surge la necesidad de entender la heterogeneidad, la diversidad y la complejidad como una riqueza.

Está claro que la investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) deben ser investigados tanto temas operativos-gerenciales como temas relacionados con el comportamiento y la interacción social (24). La metodología de ISSS usada durante el Proceso del 2007 fue Investigación-Acción la cual tiene características propias, implica una acción de varios actores en un contexto concreto (CRSFQ), sobre un problema real y conlleva a la producción de diferentes tipos de conocimientos con variables grados de validez externa. La descripción de los actores o mapeo evidencia su posición respecto al cambio que se efectuaría valorándose su influencia o poder de decisión. Dentro de este grupo se construye el grupo de actores-investigadores, un grupo que de forma

participativa y democrática desarrollará el proceso de IA (25) La participación de los actores del contexto es fundamental para la toma de decisiones y de estrategias de cambios, propuestos con este método, en teoría esta debería ser la herramienta más acertada en principio para el Contexto del CRSFQ.

En este proceso existieron factores propios del contexto que interfirieron el desarrollo normal. Uno de estos factores sin duda fue la inestabilidad política tanto de director en el CRSFQ como en el área 9 del MSP lo que en muchas ocasiones puso en riesgo la continuidad del proceso. Otro de los factores que influyeron fue la magnitud de conflictos existentes y cierta negativa a la implementación de cambios por algunos actores claves en el proceso.

El análisis y definición del problema con los actores, debía llevarse a cabo en conjunto; sin embargo, la alta incidencia de conflictos entre los actores, llevó a realizarlo por separado. Igual ocurrió con la selección de la estrategia, de esta forma se perdió la propuesta de esta metodología de participación conjunta y nunca se logró llegar a un consenso, por lo que el investigador escogió el problema en el cual actuar y la estrategia que trataría de solucionarlo.

La conformación del equipo de investigación igualmente estuvo sujeto a complicaciones, como ya se mencionó antes; originalmente lo conformarían el Director Médico del CRSFQ y su Director, la Jefa de Área 9 del MSP, la Presidenta del Comité de Internas, una Enfermera del CRSFQ, una PPL voluntaria y un representante de los médicos voluntarios. Nunca se logró concretar este equipo, ya que existían muchas discrepancias entre estos actores así como temor de participar. Es importante indicar que éste hubiera sido el equipo de investigación ideal. A las ONG's se las invitó a participar, pero no hubo ninguna respuesta.

Analizando lo descrito, ¿es posible realizar una Investigación - Acción dentro de un ambiente tan cerrado y no participativo? Quedan muchas dudas planteadas, ya que en un contexto penitenciario donde los principales actores son las PPL, está estructurado de tal forma que impida la participación de esta población. Para poder realizar un grado aceptable de Investigación - Acción, primeramente se debería trabajar en alcanzar un cierto grado de participación (o Empoderamiento) entre las Internas, para el éxito del proceso.

Otro problema encontrado es la existencia de varios micros poderes que aparentemente tienen intereses muy distintos entre ellos y muchos conflictos. Esto contribuye a que los actores no puedan sentarse a negociar o llegar a acuerdos; si no hay la participación de todos, el proceso igualmente se ve afectado y quedaría en solamente en sugerencias: no se concretarían.

#### **12.4. De la Evaluación Operativa del proceso**

Dentro del Proceso que se realizó, existieron algunos problemas que no fueron considerados, en la primera fase del 2007, existía una gran inestabilidad de Directores generales del CRSFQ, que obligaba continuamente a pedir nuevamente permiso para obtener información y a explicar el proceso.

Sin duda en la primera fase influyó el hecho de que el investigador se encontraba trabajando como voluntario dentro del Centro y esto generó conflictos con algunos actores

internos como el Director Médico del CRSFQ. Durante todo el proceso se hizo algunos ajustes y cambios de estrategia para abordar y concientizar a las Autoridades, tanto del CRSFQ como a las del MSP.

Para el proceso del 2011 se optó por trabajar con la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, específicamente con el área de Fomento de Salud, ya que su influencia es mayor que las autoridades locales del CRSFQ.

La siguiente Tabla No. 6 presenta un resumen de las Instrucciones operativas formuladas, sus resultados y ajustes.

**Tabla 6 Evaluación Operativa**

Procesos	Descripción	Acciones Programadas	Problemas	Variaciones
<b>Diagnostico Situacional 2007</b>	Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistas con Autoridades Locales</li> <li>Entrevista con comité de Internas</li> <li>Datos obtenidos por observación directa durante el trabajo voluntario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para obtener información</li> <li>Autoridades cerradas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información entregada por el comité de Internas</li> </ul>
<b>Investigación Acción 2007</b>	Formación de equipos de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones en conjunto con todos los actores</li> <li>Selección de Alternativa de Cambio</li> <li>Mesas de Negociación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca apertura a colaborar del departamento Medico CRSFQ y del MSP</li> <li>Cambio continuo de Director del CRSFQ</li> <li>El observador era parte de los actores y existía conflicto de intereses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones con cada actor por separado</li> </ul>
<b>Diagnostico Situacional 2011</b>	Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevistas con autoridades</li> <li>Información de carácter público</li> <li>Entrevista a Presidenta de comité de Internas</li> <li>Información de la DNRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca información</li> <li>Alta burocracia administrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nueva Constitución Política</li> <li>El observador ya no está vinculado con trabajo voluntario</li> </ul>
<b>Discusión de Alternativa 2011</b>	Discusión sobre alternativa escogida con Autoridades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones con Director Nacional de Rehabilitación Social</li> <li>Reunión con Director de Salud de la DNRS</li> <li>Reunión con Jefe de Área N°9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problema para socializar la alternativa en conjunto</li> <li>No implementación de la alternativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de Propuesta Teórica</li> </ul>
<b>Elaboración de Estrategias de Implementación</b>	Elaboración de instrucciones para implementar la alternativa escogida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concientización del impacto que generaría el comité de salud a las Autoridades de la DNRS</li> <li>Exposición a las Autoridades del MSP</li> <li>Conformación de Comité de Veeduría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca Apertura de la DNRS para ejecutar el cambio</li> <li>Falta de participación y no existe responsable directo en el MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de Informe final por escrito a las autoridades de la DNRS</li> </ul>

**Fuente:** Vivanco José Luis, datos recopilados en Agosto del 2011.

**Elaborado por:** Dr. José Luis Vivanco, Investigador

Los cambios propuestos no se lograron concretar por los factores que se han expuesto en la tabla anterior; sin embargo; la concientización hacia las autoridades fue importante y sobre todo conseguir que se discuta el tema desde la Dirección Nacional y no solo desde el nivel local (CRSFQ).

## 12.5. De la Evaluación Analítica

Como se expuso en la Evaluación Operativa, no se logró realizar la conformación del comité de salud, ni la veeduría ciudadana, sin embargo existieron situaciones que dan señal sobre la concientización que se logró:

- ▾ Conocimiento y Apertura para entrega de Información por el Director Nacional de Rehabilitación Social
- ▾ Apertura del Líder del Programa de Salud del Ministerio de Justicia
- ▾ Interés por el Área N° 9 en escuchar las propuestas y entregar información.

Es importante aclarar que la apertura fue de escuchar la alternativa de cambio; sin embargo no la hubo en implementar y ejecutar la alternativa, todo quedo en teoría a la espera que sea considerado en algún momento. Se logró el conocimiento de las autoridades tanto de la DNRS como del MSP, sobre las brechas existentes y sobre las alternativas que se han estudiado. Es necesario fortalecer las relaciones con el ISP y la DNRS

## 13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como se ha visto, la organización de un Sistema de Salud en General es muy complicada ya que primeramente se debe actuar con varios actores que tienen diferentes intereses y perspectivas de los problemas internos del CRSFQ.

Para poder mantener un orden en las conclusiones, las vamos a dividir según los temas de discusión expuestos antes.

### **Empoderamiento**

Para fomentar la participación de las PPL primero se deberían crear estatutos, normas que las amparen en toma de decisiones, se debería elaborar un código para que puedan sustentarse legalmente.

Una de las alternativas sería el Crear un comité de salud, con alta participación de las PPL y diversos ejes. En las leyes sobre materia social incluyendo normas penitenciarias y derechos, debería formar parte los propios implicados como las PPL.

La nueva constitución facilita la participación de las Internas siempre y cuando no se haya dictado una sentencia lo que abarcaría actualmente el 70% de la población penitenciaria Nacional.

Es importante realizar talleres sobre participación y empoderamiento por organismos externos al CRSFQ como los colectivos de DDHH.

### **Cárceles saludables**

Un Sistema Penitenciario, sin duda debería ser el ejemplo en cuanto a salubridad y Bienestar se refiere, debería ser un modelo ejemplar de un Estado; sin embargo a nivel nacional y regional, distan mucho de ser ejemplos y más bien son focos de mayor corrupción e incluso verdaderas escuelas delincuenciales.

Para fomentar un giro sobre este tema, sin duda es necesario cambiar las políticas vigentes e intentar nuevas formas de administración, además es necesario que la sociedad civil se involucre en este tema, ya que nuestras sociedades son inequitativas y con desigualdades abismales.

La propuesta de crear veedurías ciudadanas para garantizar las políticas de salud dentro de los medios penitenciarios, generarían un gran impacto y el interés de varios sectores sociales como las universidades.

La propuesta expuesta en esta tesis da pautas para empezar a armar un verdadero sistema de salud.

Para generar el cambio esperado, es indispensable la participación de las propias Personas Privadas de Libertad.

## **Teoría de los Micro Poderes**

Los intereses entre los diferentes actores dentro de este contexto, fueron uno de los obstáculos más importantes, existían conflictos o pugnas de poderes que evitaba llegar a acuerdos. El hecho de que el investigador era parte de los actores durante el proceso del 2007, era el negociador y tenía conflictos con algunos actores, complicó el desarrollo normal del proceso. El reconocimiento de conflictos de intereses debería hacerse más a profundidad y antes de intentar realizar el proceso.

Hay que procurar inicialmente no afectar en absoluto y respetar los poderes existentes de cada actor, siempre entrar con autorización propia de cada actor y no de terceros. Este punto es clave para lograr obtener la confianza y el respaldo. Es importante fomentar de alguna manera la participación de los actores más difíciles, procurando hacerles sentir autoridad para que de esa forma acepten.

Es importante tener el respaldo de una autoridad fuerte como en este caso el Director o en la Dirección Nacional de Rehabilitación social; sin embargo, no se debe apoyar totalmente cuando se sabe que son de libre remoción, ya que esto obstaculizará el proceso que se esté realizando.

La situación de las cárceles en el país y en la región, es un problema de salud pública, ya que alrededor de este contexto giran muchos problemas como violencia, drogadicción, enfermedades mentales, hacinamiento, ruptura familiar, etc. Solución no existe, pero sin duda la forma como se administran los Centros de Rehabilitación no son las adecuadas, son antiguas y se ha comprobado durante varios siglos que lo único que logran es agravar aún más el problema de la "delincuencia".

Este abuso de poder debería ser seguido atentamente por colectivos de Derechos Humanos, y considerar la instalación una oficina autónoma, independiente dentro de los Centros de Rehabilitación Social y si no existen los recursos humanos suficientes, por lo menos deberían estar en aquellos Centros de Rehabilitación con un número de PPL grande o especiales como en el caso del Femenino donde existen menores de edad conviviendo con sus madres.

## **Negociación**

El proceso de negociación dentro de este proceso, no fue satisfactorio por varios motivos, por la complejidad de actores existentes en este contexto y al parecer el factor más importante, fue que el negociador era el investigador. Durante la fase del 2007 cuando se realizó la Investigación- Acción, al ser Actor, Investigador y Observador, era difícil poder negociar con los diferentes actores

Durante el 2011, al no estar vinculado directamente con el CRSFQ, las negociaciones fueron más fáciles y se pudo llegar incluso a autoridades nacionales como el Director y el Departamento de salud de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social.

Una de las relaciones que se pudo establecer y que realmente es importante, es mantener buenas relaciones con las PPL y su comité, ya que de alguna manera ellas pueden ejercer cierta presión, para que se realicen investigaciones o trabajos de esta índole.

Es importante establecer alianzas estratégicas desde el principio, con la mayoría de los actores, inicialmente hay que escuchar los diferentes puntos de vista y posteriormente “venderles” la idea.

Durante este proceso, se gastó mucho tiempo tratando de establecer contactos con actores externos que realmente no son imprescindibles. Es importante centrarse en aquellos que son importantes por su autoridad dentro del establecimiento.

Indicar las ventajas que existieran desde el punto de vista personal, institucional, político a cada actor para que acepte la participación.

Bajo ninguna circunstancia hacerles sentir que pelagra o que se ve amenazada su participación normal dentro de este contexto y minimizado su poder, ya esto causaría el bloque permanente de los actores y su negativa a participar.

Para poder realizar una adecuada negociación en un contexto tan complicado, es importante que el observador tenga experiencia práctica y no solo teórica.

Es importante que la intervención sea lo más oficial posible; por ejemplo, una fase previa de diálogo entre el director y director médico con el coordinador del ISP y los facilitadores y el observador.

Un salubrista debe igualmente aprender a manejar los conflictos de cualquier índole. Es importante aclarar que obviamente un Centro de Rehabilitación jamás será un lugar fácil para poder trabajar y peor aún negociar; por concepto esta institución fue creada desde varios siglos con esa estructura sólida e inflexible, ésta es su función el de demostrar poderío y temor; sin embargo, esta experiencia nos ayuda a reflexionar en cómo abordar sistemas tan complejos como estos, donde la intervención de la salud pública no es meramente colaboradora, más bien es obligatoria; además, dentro de cada establecimiento debería existir un Salubrista, si tomamos el concepto de Salud que no es solo igual a enfermedad, es un concepto muy amplio que ya lo hemos mencionado antes y abarca desde alimento hasta las políticas internas que recaen sobre las PPL.

### **Investigación-Acción**

La iniciativa de realizar Investigación Acción dentro del CRSFQ, fue porque se consideró el contexto un verdadero potencial para llevar a cabo el proceso, cuya finalidad era la de mejorar la situación de salud de las PPL: sin embargo, no se obtuvo resultados no por errores de metodología, sino por situaciones relacionadas con los actores internos y externos y ya que al inicio, el observador era un actor más que ocupaba el cargo de médico voluntario que causó cierta negativa o miedo a colaborar por parte de las autoridades sobre todo de salud ya que veía “cuestionado” su trabajo.

De esta reflexión, queda sin duda la experiencia de que para realizar una Investigación-Acción, el investigador no debe de antemano tener conflictos dentro del contexto donde se la llevará acabo y debe ser lo más imparcial para que no exista negativa a colaborar.

Un medio penitenciario sin duda es un sistema social cerrado, la Investigación-Acción, se ve cuestionada, ya que se requiere la participación de todos los actores tanto autoridades

como PPL, el problema es que las Internas generalmente no tienen el apoyo para poder participar en este tipo de procesos.

La idea de conformar un comité de salud, es para que las PPL tengan cierta capacidad para poder participar en procesos similares que en un futuro se den.

Realmente nunca se introdujo un cambio en el contexto social propuesto, menos aún se aportó al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, sin embargo se dejó la propuesta sobre las autoridades centrales y no locales, ya que mayor influencia se ejerce desde el nivel central y se podría seleccionar de modelo para implementar en otros centros de rehabilitación social.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Altschul Carlos, Dinámica de la negociación estratégica, capítulo 1: arte de negociar, Ediciones Granica 2006
2. Antony Carmen, Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina, publicado en la revista NUEVA SOCIEDAD No 208, marzo-abril de 2007, ISSN: 0251-3552, disponible en: [http://www.nuso.org/upload/articulos/3418\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/3418_1.pdf)
3. Asamblea Constituyente, Constitución de la República del Ecuador, 2008, Disponible en: < <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008.pdf> >
4. Bases de Organización de los Servicios de Salud, P. Mercenier y H. Van Balen, texto original por Dr. T. Berche, Amberes-Bélgica 1997.
5. BBC Cárceles Crisis tras las rejas en Latinoamérica Disponible: <<http://newssearch.bbc.co.uk/cgi-bin/search/results.pl?tab=spanish&scope=spanish&order=sortboth&threshold=50&q=carceles&go.x=20&go.y=8>>
6. Beatriz Kalinsky, La metodología de investigación antropológica en ambientes criminógenos. Un estudio de caso, 2004, disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G20\\_36Beatriz\\_Kalinsky.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G20_36Beatriz_Kalinsky.html)
7. Colomer C. y Álvarez C. (2001), Promoción de la salud y cambio social, (Masson) Valencia-España, 173-188
8. Corporación de estudios y publicaciones, Legislación Codificada Código Penal, Capítulo IV art. 208, Febrero 2002, Quito-Ecuador.
9. Costa Ana María ...[et al], Saúde equidade e gênero, Um desafio para as políticas públicas, Editorial UNB, Brasília-Brasil, 2000, CDISP: ISP988
10. Debrouwere Inge, Pesse Karen, Lineamientos para una metodología de enseñanza-aprendizaje sobre Investigación en Sistemas de Salud, Instituto de Salud Pública-PUCE, Quito-Ecuador 2006
11. Desarrollo y fortalecimiento de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD, Participación Social, OPS-OMS, Pág. 7, Septiembre 1990, Washington DC-EEUU.
12. Estrada Victoria, Madrid Edda, Gil Luz, La participación está en juego, UNICEF, junio 2000, Bogotá-Colombia disponible < [http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones\\_83.pdf](http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones_83.pdf) >
13. FLACSO Ecuador Proyecto: Diagnostico del Sistema Penitenciario, cárcel, mujeres y sobrevivencia disponible en: [http://www.flacso.org.ec/docs/carcelmujeres\\_avasconez.pdf](http://www.flacso.org.ec/docs/carcelmujeres_avasconez.pdf)
14. FLACSO Chile, Lucía Dammert, Felipe Salazar, Cristóbal Montt, Pablo A. González, Crimen e inseguridad, Indicadores para las Américas, 2010, disponible en: [http://www.oas.org/dsp/FLACSO/flacso\\_inseguridad.pdf](http://www.oas.org/dsp/FLACSO/flacso_inseguridad.pdf)

15. Foro Nacional sobre Hijos e Hijas de Mujeres Reclusas , disponible en  [<http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100654>](http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100654)
16. Foucault Michel, Vigilar y Castigar Nacimiento de la prisión, versión digital disponible en  [<www.olavarria.com/ciudad/universitarios/biblioteca/descargas/f/Foucault,%20Michel%20-%20Vigilar%20y%20cas >](http://www.olavarria.com/ciudad/universitarios/biblioteca/descargas/f/Foucault,%20Michel%20-%20Vigilar%20y%20cas)
17. Heusden G. Estructura de un reporte de Investigación: El caso de la Investigación-Acción, Boletín APS N° 8, Pág. 12, Quito-Ecuador, Diciembre 2002
18. Jenkins C. David, Mejoremos la Salud a todas la edades, Un manual para el cambio de comportamiento, OPS, Washington D.C 2005, CDISP: ISP0456
19. Ley orgánica del sistema nacional de Salud, Ley N° 80.R.O.N° 670 de 25 de Septiembre del 2002, Capítulo V Art. 24. Quito-Ecuador.
20. Martos i García Daniel Els significats de l'activitat física al poliesportiu d'una presó: una etnografía, Universitat de Valencia 2005, disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/9708>
21. Mosedale Sarah, Towards a framework for asseing empowerment, Impact assessment research centre, paper N° 3, november 2003, UK disponible  [<http://www.man.ac.uk/idpm/iarc >](http://www.man.ac.uk/idpm/iarc)
22. ONU, Office on Drugs and Crime, Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment, pag 7, New York, 2008 disponible en: <http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women-and-imprisonment.pdf>
23. Organización Mundial de Salud. Health promoting in the prison setting, Summery report on WHO Meeting (1995), London
24. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Argentina, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Cárceles Saludables, Promoviendo la salud para todos, pág. 11, Buenos Aires-Argentina, 2003
25. Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud, La Participación Social, Washington D.C. USA 1990
26. Organización Panamericana de la Salud, Indicadores Básicos para el análisis de la Equidad de Género en Salud, Washington, D.C. , USA: OPS, 2004 CDISP: ISP460
27. Ovejero Bernal Anastasio, Técnicas de Negociación: Como negociar eficaz y exitosamente, Tácticas y estrategias de negociación, Editorial Mc GrawHill, Madrid-España 2004
28. Rose Geoffrey, La estrategia de la Medicina Preventiva, PALTEX, Editorial Masson Barcelona, España, 1995 CDISP: 0547

29. Seena Fazel, John Danesh, Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys disponible <<http://www.thelancet.com>>
30. Sherry R Arnstein, A Ladder of Citizen Participation, disponible en: <<http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html>>
31. Sola José, “Exposición sobre Conflicto y Negociación Política”, ISP- Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Noviembre, 2004
32. UNODC, Women’s health in prison Correcting gender inequity in prison health, 2009 disponible en: [http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO\\_EURO\\_UNODC\\_2009\\_Womens\\_health\\_in\\_prison\\_correcting\\_gender\\_inequity-EN.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_EURO_UNODC_2009_Womens_health_in_prison_correcting_gender_inequity-EN.pdf)
33. UNODC, Handbook for prison leaders , disponible en: [http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Handbook\\_for\\_Prison\\_Leaders.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Handbook_for_Prison_Leaders.pdf)
34. Uribe Alvarado Ana Bertha, Notas sobre la representación del cuerpo en la obra de Michel Foucault, Estudios sobre Culturas Contemporáneas Vol. IX, Universidad de Colima, Colima-México, pp. 127-139, 2003

## 15. ANEXOS DE GRÁFICOS, INSTRUMENTOS Y OTROS

### Anexo 1: Instrumentos de recolección de Información en Entrevistas

#### Instrumentos de recolección de Información en Entrevistas Instrumentos de Entrevistas a los Actores Involucrados

##### Dispensario de Salud del Centro Penitenciario:

##### Temática:

- Funcionamiento del Dispensario.
- Sistema de Información.
- Demanda y Oferta (servicios existentes).
- Medicación:
  - Disponibilidad
  - Adquisición ( quien dona, como gestionan para recibir donaciones )
- Seguimiento.
- Convenios con otras instituciones.
- Reuniones interdisciplinarias (con otros médicos) e intersectorial (otras áreas).
- Papel del MSP, ONG's
- Necesidades urgentes.

##### DESARROLLO:

- ¿Cuál es el horario de funcionamiento y que días?
- ¿Qué personal existe?
- ¿Qué servicios existen?
- ¿Cuántas internas se atienden por día, mes?
- ¿Cuáles son las patologías más frecuentes dentro de las internas? De los niños?
- En caso de emergencia, ¿quién acude?
- ¿En qué y cómo registran la información de las internas? ( HCL, Registros diarios, perfiles ).
- ¿Cómo se obtiene los medicamentos?
- ¿Existen convenios con otras instituciones para el apoyo en salud?
- ¿Se realiza reuniones con el resto de personal de salud?
- ¿Cuál cree que es el rol del MSP con este centro de rehabilitación?
- ¿Qué necesidades urgentes se necesita?

##### Centro de Salud del Área N° 9:

##### Temática:

- Coordinación con el Centro de Rehabilitación.
- Registro de información del CR.
- Programas del MSP dentro del CR
- Medicamentos de maternidad gratuita.
- Seguimiento Pacientes en el CR
- Reuniones intersectorial.
- Papel del CR, ONG's

##### DESARROLLO:

- ¿Existe una coordinación con el CR? ¿Qué hacen?
- ¿Cómo recogen la información del CR?

- ¿Qué programas del MSP entran? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Cómo está organizado la atención para el CR?
- ¿Se reúnen con el cuerpo de salud del CR ?
- ¿Cuál cree que es el papel del CR con respecto de las Internas y de los niños?

### Comité de Internas:

#### Temática:

- Percepción de calidad
- Horarios de dispensario
- Ayuda que reciben : otros organismos y su frecuencia
- Situación de embarazadas y niños

#### DESARROLLO:

- ¿Sienten confianza?
- ¿El trato del personal de salud cómo es?
- ¿Cómo es el horario de atención en el dispensario?
- ¿Cuándo necesitan les dan medicamentos?
- En caso de urgencias ¿qué hacen? ¿A quién contactan?
- ¿Qué enfermedades son las que más afectan a ustedes?
- ¿Qué enfermedades son las que más afectan a los niños?
- ¿Qué programas internos existen? (No solo de salud)

## Anexo 2 Lineamientos de acción para negociar

En todo caso, quien quiera incrementar la probabilidad de tener éxito en sus negociaciones debería tener siempre estas líneas (11) de acción:

- 1. Empiece presentando los argumentos a favor de las propias propuestas:** Conviene ser el primero en hacer propuestas, pero antes es útil presentar los argumentos o motivos.
- 2. Resalte las ventajas para la otra parte.**
- 3. Concrete sólo entonces las propias propuestas:** Empezar siempre por la base de partida común, tratar de buscar coincidencias de algo, luego lanzar una preparación, una introducción para luego lanzar la propuesta.
- 4. Escuche, sin interrumpir las propuestas de la otra parte:** Mientras más hable la otra parte, más tiempo tiene de pensar qué es lo que le va a decir. Anote todos los datos.
- 5. En caso necesario, haga que el otro exponga las razones de sus propuestas:** Es probable que la otra parte se limite a plantear reclamaciones con voz más o menos alta y sin apoyarlas en razones convincentes. En este caso no rechace inmediatamente y pídale en cambio que las justifique. En este punto o puede atacar una o todas las razones que le han expuesto y si no tienen mucho argumento las califica de inexactas o insuficientes, o continuar con su contrapropuesta.
- 6. Haga contrapropuestas siguiendo el método de “Si, pero...”:** Esto equivale a cimentar su argumentación en el Si a las propuestas de la otra parte, para a continuación hacer la contrapropuesta.
- 7. Facilite la retirada al adversario:** Si la otra parte aceptó, debe retirarse no antes de indicar las ventajas que él obtiene.

8. **Reciba con cautela las concesiones de la parte contraria:** En ningún caso debe traslucir demasiada alegría o satisfacción por el éxito logrado, haga entender como si se tratase de minucias.
9. **Asegure los resultados mediante resúmenes parciales:** Hacer una lista de mayor logros a menor logros para ir viendo qué se va logrando
10. **Haga su propia “retirada” apoyándose solo en una resistencia retardada:** Aquí deberá usted ceder aquí y allá y esforzarse por llegar a un compromiso. Pero esa retirada deberá hacerla con resistencia y demora, nunca a la desbandada, sino con cabeza y prudencia y siempre pensando minuciosamente hasta donde puede usted ceder estratégicamente.
11. **A cada concesión que usted haga, añada un ataque:** Lanzar contraataque argumentando que, dado que usted ha cedido tanto, espera que también él ceda, para poder llegar a acuerdos.
12. **En caso necesario, sugiera en el momento oportuno un aplazamiento o una alianza:** Puede ser que su posición se haya hecho insostenible y amenace una derrota total, en cuyo caso podría salvarle un aplazamiento de la negociación para un momento posterior, entretanto puede conseguir un argumento o ayuda mejor. Se puede convencer a la otra parte que ambas posiciones son fuertes y que mejor sería dejar las cosas como están, incluso se puede hacer una alianza para luchar contra terceros.

## Anexo 3: Formulario de Inscripción para la conformación de veedurías ciudadanas



CONSEJO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CONTROL SOCIAL

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA CONFORMACIÓN DE VEEDURÍAS CIUDADANAS

Formulario de Veeduría N° \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

<b>I. OBJETO DE LA VEEDURÍA:</b> _____ _____
Tiempo Estimado de Duración de la Veeduría _____

II. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:					
Tipo de Inscripción	Individual: <input type="checkbox"/>	Número de Integrantes de la veeduría <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>			
	Organización: <input type="checkbox"/>				
DATOS DEL CIUDADANO/A SOLICITANTE:					
Apellidos y Nombres del solicitante	_____				
Número de cédula de ciudadanía	_____				
Nacionalidad	Ecuatoriana: <input type="checkbox"/>	Extranjero: <input type="checkbox"/>			
Dirección de Trabajo / (Organización):	Ciudad: _____	Provincia: _____	Calle: _____	Número: _____	
Dirección de Domicilio	Ciudad: _____	Provincia: _____	Calle: _____	Número: _____	
Número de teléfonos:	Fijo: Casa _____	Fijo Trabajo _____	Celular: _____		
Correo electrónico	_____				
OCUPACION ACTUAL:					
Institución /Empresa	Actividad		Tiempo de trabajo:		
En caso de ser Organización, favor llenar los siguientes campos:					
Nombre de la Organización			Naturaleza de la Organización		
_____			De Hecho <input type="checkbox"/>	De Derecho <input type="checkbox"/>	
Nombres del Representante de la Organización			RUC de la Organización en caso de poseer _____		
_____					
Dirección de la (Organización):	Ciudad: _____	Provincia: _____	Calle: _____	Número: _____	
Tiempo de Funcionamiento de la Organización _____					



**CONSEJO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CONTROL SOCIAL**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA CONFORMACIÓN DE VEEDURÍAS CIUDADANAS**

Requisitos para ser veedor/a	Cumple	
	Si	No
a) Encontrarse en ejercicio de los derechos de participación; y,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) En el caso de representantes de personas jurídicas o de organizaciones sociales, se requiere el documento de representación o delegación, señalando además en el mismo que ninguno de sus miembros tiene conflicto de intereses con el objeto de la veeduría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No podrán ser veedores/as ciudadanos/as, quienes tengan las siguientes Inhabilidades:	Si	No
a. Laborar en la entidad a la que se realiza la veeduría, así como en organismos de control que tengan ésta competencia respecto de aquellas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tener contratos vigentes con la entidad a la que se realiza la veeduría, como persona natural, socio, representante o apoderado de personas jurídicas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tener algún conflicto directo o indirecto de intereses o cualquier tipo de vinculación con el objeto y la ejecución de la veeduría;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Estar vinculado por matrimonio, unión de hecho, o parentesco dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad a quienes cuya gestión, bien, obra, servicio, selección o designación sea objeto de la veeduría o entre veedores;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Adeudar pensiones alimenticias, conforme certificación judicial;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. No haber cumplido con las medidas de rehabilitación ordenadas por autoridad competente en los casos de violencia intrafamiliar o de género;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Pertener a más de una veeduría en curso; y,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ser directivo de un partido o movimiento político durante el ejercicio de la veeduría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(Adjuntar Copia de Cédula, copia de la papeleta de votación y Hoja de Vida,; En el caso de representantes de personas jurídicas o de organizaciones sociales, el documento de representación o delegación, señalando además en el mismo que ninguno de sus miembros tiene conflicto de intereses con el objeto de la veeduría).**

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es cierta, y puede ser sujeta a revisión

\_\_\_\_\_  
Solicitante

\_\_\_\_\_  
Responsable del CPCCS

## Anexo 4 Población Penitenciaria en América Latina 2000-2008

Tabla 7 Población Penitenciaria en América Latina

Países	POBLACIÓN PENITENCIARIA								
	Años								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Argentina</b>	-	-	44969	51998	54472	55423	54000	52457	-
<b>Brasil</b>	232755	233859	239345	308304	336358	361402	401236	422590	451429
<b>Chile</b>	34641	35418	36416	37715	37658	38367	41597	46825	52080
<b>Paraguay</b>	3400	4121	4519	5071	-	6513	6510	-	6146
<b>Uruguay</b>	4469	5107	5630	6749	6888	6211	6887	7186	7665
<b>Bolivia</b>	8151	5577	6065	5669	6495	6793	7031	7683	7433
<b>Colombia</b>	51518	49302	52936	62277	68020	66828	60049	63603	69979
<b>Ecuador</b>	8029	7859	8723	9866	11358	-	-	14628	17065
<b>Venezuela</b>	14196	16751	19368	19623	19951	19853	18147	21171	23506
<b>México</b>	154765	165687	172888	182530	193889	205821	210114	212841	219754
<b>Costa Rica</b>	5635	6079	6571	6691	7267	7590	7748	7793	7955

Fuente: Crimen e inseguridad, Indicadores para las Américas disponible: [http://www.oas.org/dsp/FLACSO/flacso\\_inseguridad.pdf](http://www.oas.org/dsp/FLACSO/flacso_inseguridad.pdf).

Elaborado por: Actualización de datos por Dr. José Luis Vivanco, Investigador

## Anexo 5 Cálculo de Necesidades Técnicas CRSFQ 2011

ANÁLISIS DE CONSULTAS REQUERIDAS EN CRSF-Q									
Población del CRSF-Q	Población	Consultas de control		Consultas morbilidad		DOC 77.1%	PI. Familiar	TOTAL CONSULTAS	
				1ras	Sub			PPL	Pediatría
<b>Población Penitenciaria</b>	<b>350</b>								
Embarazadas	14	70	5 controles	1750	1750			3500	
Preventivas Ginecológicas						270	210	480	
<b>Infantes</b>	<b>60</b>	<b>720</b>	<b>control mensual</b>	<b>300</b>	<b>300</b>				<b>1320</b>
Menores de 3 años	45	540	control mensual	225	225				
Menores de 1 año	15	180	control mensual	75	75				
<b>Población Total</b>	<b>410</b>	<b>790</b>		<b>2050</b>	<b>2050</b>	<b>270</b>	<b>210</b>	<b>4050</b>	<b>1320</b>

## 16 TRABAJOS CITADOS

1. **BBC.** Crisis tras las rejas en Latinoamerica. [En línea] 13 de Abril de 2007. [Citado el: 23 de Agosto de 2008.] <http://newssearch.bbc.co.uk/cgi-bin/search/results.pl?tab=spanish&scope=spanish&order=sortboth&threshold=50&q=carceles&go.x=20&go.y=8>.
2. **Asamblea Constituyente de la Republica del Ecuador.** Asamblea Nacional, Constitucion 2008. [En línea] 10 de Agosto de 2008. [Citado el: 15 de Julio de 2011.] <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008.pdf>.
3. **CONASA.** Ley de Maternidad Gratuita, Ley No 000.RO/Sup 523. [En línea] 9 de Septiembre de 1994. [http://www.conasa.gob.ec/codigo/base\\_legal/maternidad\\_gratuita.pdf](http://www.conasa.gob.ec/codigo/base_legal/maternidad_gratuita.pdf).
4. **Mercenier, P y Van Balen, H.** Bases de Organización de los Servicios de Salud. [aut. libro] T Barche. *Bases de Organización de los Servicios de Salud*. Amberes : Texto Original de Universidad de Amberes, 1997.
5. **Uribe Alvarado, Ana Bertha.** Notas sobre la representación del cuerpo en la obra de Michel Foucault. *Estudios sobre Culturas Contemporaneas* . Colima : Universidad de Colima, 2003, Vol. IX, págs. 127-139.
6. **Arce, Enrique J.** La vida ejemplar de Justo Arosemena. *Biblioteca de la Nacionalidad AUTORIDAD DEL CANAL DE PANAMA*. [En línea] 1999. [Citado el: 23 de Agosto de 2011.] [www.bdigital.binal.ac.pa/bdp/descarga.php?f=tomos/VI/Tomo\\_VI.pdf](http://www.bdigital.binal.ac.pa/bdp/descarga.php?f=tomos/VI/Tomo_VI.pdf).
7. **Foucault, Michel.** Unas instituciones completas y austeras. [trad.] Aurelio Garzon del Camino. *Vigilar y Castigar*. Madrid : Siglo Veintiuno, 1998, 4, págs. 246-248.
8. **Fazel, Seena y John, Danesh.** Serious mental disorder in 23 000 prisoners; a systematic review of 62 surveys. [En línea] Lancet, Septiembre de 2009. [Citado el: 23 de Julio de 2011.] <http://www.thelancet.com>.
9. **Altschul, Carlos.** Arte de Negociar. [aut. libro] Altschul Carlos. *Dinamica de la negociación estratégica*. s.l. : Ediciones Granica, 2006, 1, págs. 17-22.
10. *Conflicto y Negociación, Política.* **Humberto, Sola Jose.** Quito : Publicaciones ISP- Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2004.
11. **Ovejero, Bernal Anastasio.** Tácticas y estrategias de negociación. [aut. libro] Ovejero Bernal Anastasio. *Técnicas de Negociación: Como negociar eficaz y exitosamente*. Madrid : Mc GrawHill, 2004, 13, págs. 171-208, 180-185.
12. **Mosedale, Sarah.** Towards a framework for assessing empowerment, Impact assessment research center, paper No.3. [En línea] Noviembre de 2003. [Citado el: 13 de Julio de 2011.] <http://www.man.ac.uk/idpm/iarc>.
13. **Estrada, Victoria: Madrid Edda: Gil, Luz.** La participación está en juego. [En línea] Junio de 2000. [Citado el: 3 de Noviembre de 2007.] [http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones\\_83.pdf](http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones_83.pdf).

14. **Arnstein, Sherry.** A Ladder of Citizen Participation. *Duncan Litgow's*. [En línea] Junio de 2006. [Citado el: 13 de Julio de 2011.] <http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html>.
15. *Legislación Codificada Código Penal, Capítulo IV art. 208. Nacional, Congreso.* [ed.] Corporación de estudios y publicaciones. Quito : s.n., 2002. pág. 12.
16. *Health promoting in the prison setting, Summery report on WHO Meeting . OMS.* Londres : OMS, 1995.
17. **Colomer, C y Alvarez, C.** *Promoción de la salud y cambio social.* Valencia : Masson, 2001. págs. 173-188.
18. **Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Argentina, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.** *Cárceles Saludables, Promoviendo la salud para todos.* Buenos Aires : OMS, 2003. pág. 11.
19. **ONU, Office on Drugs and Crime.** *Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment.* New York : ONU, 2008. pág. 7.
20. **Consejo de participación ciudadana y control social.** Formulario de inscripción para la conformación de veedurías ciudadanas. [En línea] 2009. [Citado el: 13 de Julio de 2011.] [http://www.participacionycontrolsocial.gov.ec/c/document\\_library/get\\_file?uuid=467c0d9a-4ba9-4e4c-b62c-7d1be8e6be92&groupId=10136](http://www.participacionycontrolsocial.gov.ec/c/document_library/get_file?uuid=467c0d9a-4ba9-4e4c-b62c-7d1be8e6be92&groupId=10136).
21. *Ley orgánica del sistema nacional de Salud, Ley Nº 80.R.O.Nº 670. Congreso Nacional.* Quito : s.n., 2002. págs. Capítulo V, Art. 24.
22. *Participación Social. OPS-OMS.* Washington DC : OMS, Septiembre de 1990, Desarrollo y fortalecimiento de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD, pág. 7.
23. **Instituto nacional de las mujeres, Republica d Mexico.** Foro nacional sobre Hijos e Hijas de mujeres Reckusas. [En línea] 24 de Julio de 2001. [Citado el: 13 de Julio de 2011.] [http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100654.pdf](http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100654.pdf).
24. **Debrouwerw, Inge y Pesse, Karen.** *Lineamientos para una metodología de enseñanza-aprendizaje sobre Investigación en Sistemas de Salud.* [ed.] Instituto de Salud Pública. Quito : ISP-PUCE, 2006. pág. 54.
25. *Estructura de un reporte de Investigación: El caso de la Investigación-Acción.* **Heusden, G.** 8, Quito : APS, Diciembre de 2002, Boletín Atención Primaria de Salud, Vol. Boletín APS, pág. 12.