

**FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD  
PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA**

**Presentado por**

**Carlos Gustavo Cortes Reinoso & Erika Solanyi Escobar Ávila**



**Pontificia Universidad Javeriana**  
**Facultad de Ciencias Jurídicas**  
**Maestría en Derecho Laboral y Seguridad Social**  
**Bogotá D.C. 2020**

**FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD  
PARA LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA**

**Presentado por  
Carlos Gustavo Cortes Reinoso & Erika Solanyi Escobar Ávila**

**Proyecto de grado dirigido por  
Mabel Rocío Hernández Díaz**



**Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Ciencias Jurídicas  
Maestría en Derecho Laboral y Seguridad Social  
Bogotá D.C. 2020**

## RESUMEN

En el contexto penitenciario colombiano se encuentran numerosas barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud, toda vez que es de conocimiento general la inadecuada infraestructura, desarrollo productivo, exposición a enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, y la poca visibilidad de la normatividad vigente para las personas privadas de la libertad.

El propósito de esta investigación tuvo como objeto analizar de forma descriptiva la información y normatividad nacional e internacional vigente, a cerca del modelo de salud en el marco del sistema general de seguridad social en salud para la población privada de la libertad, su funcionamiento y financiación, a su vez de manera comparado con el modelo de salud penitenciario en el país de Chile.

Como resultado de la investigación, se encuentra que no existen indicadores consolidados para valorar la real cobertura y calidad de la atención sanitaria que se presta a la población privada de la libertad en Colombia, es decir, los procesos de tercerización que caracteriza al Inpec para atender las necesidades de salud de sus reclusos, está a gran distancia de superar las recomendaciones y exigencias que en materia de derechos humanos y fundamentales las Altas Corporaciones y numerosos entes internacionales han dictaminado al respecto.

**Palabras clave:** Salud, reclusos, personas privadas de la libertad, funcionamiento, financiamiento, normatividad, Colombia.

## ABSTRACT

In the Colombian prison context, there are numerous barriers to effective access to health services, since it is widely known of the inadequate infrastructure, productive development, exposure to infectious and chronic non-transmission diseases, and the low visibility of existing regulations for persons deprived of their liberty.

The purpose of the research was to analyze, in a descriptive way, the current national and international information and regulations, in relation to the health model within the framework of the general social security system for the health of the population deprived of liberty, its operation and funding, in comparative manner with the prison health model in the country of Chile

As a result of the research, it is found that there are no consolidated indicators to assess the actual coverage and quality of health care provided to the population deprived of liberty in Colombia. The outsourcing processes that characterize Inpec to cover the health needs of its inmates, it is a long way from exceeding the recommendations and demands on human and fundamental rights that the Highest Corporations and many international bodies have made in this regard.

**Key Words:** Health, prisoners, persons deprived of liberty, operation, financing, regulation, Colombia.

## TABLA DE CONTENIDO

<i>Lista de abreviaturas</i> .....	<b>7</b>
<i>Introducción</i> .....	<b>8</b>
<i>1. Planteamiento del problema y justificación</i> .....	<b>9</b>
<i>2. Objetivos</i> .....	<b>13</b>
<b>Objetivo General</b> .....	<b>13</b>
<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>13</b>
<i>3. Metodología</i> .....	<b>14</b>
<i>4. Resultados de la investigación</i> .....	<b>15</b>
<i>Capítulo I. Régimen normativo en el ámbito internacional y nacional del Sistema de Seguridad Social en Salud de la población privada de la libertad</i> .....	<b>15</b>
<b>Régimen normativo internacional</b> .....	<b>15</b>
<b>Régimen normativo nacional</b> .....	<b>17</b>
<b>Estado de Cosas Inconstitucional del sistema penitenciario de Colombia</b> .....	<b>20</b>
<i>Capítulo 2. Funcionamiento de la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC</i> .....	<b>23</b>
<b>Funcionamiento del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad</b> ....	<b>25</b>
<i>Capítulo 3. Funciones de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en relación con los servicios de salud de la población privada de la libertad</i> .....	<b>29</b>
<b>Prestación de Servicio de Salud para las personas privadas de la libertad</b> .....	<b>32</b>
<i>Capítulo 4. Identificación de la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las Personas Privadas de la Libertad a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - Inpec</i> .....	<b>35</b>

<b>Funciones del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la libertad para la solicitud de recursos .....</b>	<b>36</b>
<b>Funciones del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC para la solicitud de recursos.....</b>	<b>38</b>
<b>Procedimiento para la transferencia de recursos destinados a la financiación de las tecnologías en salud no cubiertas por los planes de beneficios de cualquier régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS .....</b>	<b>41</b>
<b><i>Capítulo 5. Comparativo del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia para la población privada de la libertad, frente a la prestación de los servicios de salud en las cárceles chilenas.....</i></b>	<b>42</b>
<b><i>Conclusiones.....</i></b>	<b>50</b>
<b><i>Recomendaciones.....</i></b>	<b>53</b>
<b><i>Referencias .....</i></b>	<b>55</b>

### **Lista de abreviaturas.**

**ADRES:** Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**CAPRECOM:** Caja de Previsión Social de Comunicaciones.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud

**EPS-S:** Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado

**FIDUAGRARIA:** Fiducia Semilla de Inversión Colombia

**FIDUPREVISORA:** Fiducia de Inversión Colombia

**FONASA:** Fondo Nacional de Salud en Chile

**FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía

**INPEC:** Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

**ISAPRE:** Instituciones de Salud Previsional en Chile

**INDH: Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile**

**AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas de Chile**

**PGN:** Procuraduría General de la Nación

**PPL:** Población Privada de la Libertad

**SGSSS-SSSS-SISS:** Sistema General de la Seguridad Social en Salud

**SISIPEC:** Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario

**UPC:** Unidad de Pago por Capitación

**UPC-S:** Unidad de Pago por Capitación Subsidiada

**USPEC:** Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios

## Introducción

Colombia es un Estado Social de Derecho, el cual prioriza y garantiza la protección elemental de los derechos fundamentales contemplados en la Constitución Política de 1991, los cuales son aplicables para todos los habitantes del territorio colombiano sin exclusión alguna por condiciones de raza, sexo, lengua, color, creencia política, religiosa o situación jurídica.

Es evidente que, a lo largo del territorio nacional, existe una gran variedad de condiciones jurídicas, sociales, económicas y geográficas, en los cuales el Estado tendrá especial atención para estimular y vencer las dificultades prácticas para la aplicación de los derechos fundamentales. Es así, como la protección de los derechos humanos y en especial el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad (PPL) adquiere gran relevancia.

Se trata de una obligación estatal, sin dependencia del tiempo o la situación jurídica del individuo, en la cual se deben garantizar las acciones individuales y comunales para la PPL, como quiera, que, si bien una decisión judicial limita los derechos, no los suspende ni los elimina. Por lo anterior, en 1955 la ONU elabora las “*reglas mínimas de las naciones unidas para el tratamiento de los reclusos*” en las que contempla las exigencias mínimas de cumplimiento para las administraciones estatales y penitenciarias en temas relacionados con la higiene, alimentación y servicios sanitarios, entre otras.

En Colombia, el derecho a la salud ha tenido un amplio espectro de estudio y de máxima atención, como resultado de las diferentes posiciones de la Corte Constitucional desde el 2015 la salud es considerada como un derecho fundamental. Es por esto, que llama la atención cómo se implementa, cómo es el funcionamiento y la financiación del sistema de seguridad social en salud para las personas privadas de la libertad.

En esta investigación se invita al lector a explorar y reconocer el articulado normativo y referencial del modelo de atención en salud para la PPL, desde una óptica internacional y nacional a partir de los principios básicos y universales que la Administración Pública tiene a su cargo para garantizar el acceso a los servicios de salud.



## 1. Planteamiento del problema y justificación

La presente investigación nace con el propósito de realizar una contribución al sistema de salud penitenciario colombiano, y se extiende a proponer un tipo de intervención que se adapte a este contexto en particular. Así, se cuestiona sobre el funcionamiento y financiación del sistema de seguridad social en salud para la población privada de la libertad, realizando una breve comparación con el modelo de salud de Chile en esta población.

Los derechos humanos para esta población están regidos por los sistemas de protección internacional que, a partir de observaciones y análisis sobre las condiciones en las que se encuentran, obligan a los Estados a garantizar su protección especial partiendo del principio universal de que todos los seres humanos son dignos e iguales ante la Ley (Beltrán, 2016).

Es así como existe normatividad específica que fundamenta las acciones del Estado frente a los derechos intocables como aquellos que se derivan de la dignidad del ser humano y de los derechos y libertades fundamentales que tienen todas las personas privadas de la libertad como lo son, el derecho a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la igualdad, a la libertad religiosa, a la personalidad jurídica, de petición, al debido proceso y el acceso a la administración de justicia dada su particular situación de vulnerabilidad. Convirtiendo las penas privativas de libertad como un fin esencial en la readaptación social y rehabilitación personal de los condenados; la resocialización y reintegración familiar; así como la protección de las víctimas y de la sociedad (Corte Constitucional T-276 de 2016, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub).

Centrando al tema de investigación, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Observación General No. 14, 2000) afirma que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la

aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Así mismo, la Declaración Universal de Derechos Humanos (2000) también afirma que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000) (Pág.1 - 21)

Lo anterior presenta lineamientos con los postulados normativos del marco regulatorio colombiano donde asegura la relación que surge entre el recluso y el Estado en ejercicio del poder punitivo; es por esto que la Honorable Corte Constitucional ha señalado que el hecho de la privación de la libertad no implica de ninguna manera la anulación de los derechos fundamentales de los condenados o detenidos.

Ahora bien, ello no quiere decir que gocen del pleno ejercicio de cada uno de sus derechos, pues es claro que responder ante la justicia por la comisión de delitos conlleva necesariamente a la suspensión, limitación e intangibilidad de varios derechos. El derecho a la salud es de aquellos que no puede verse suspendido ni limitado por motivos relacionados con la pena de prisión y, debido a que el interno no está en capacidad de auto sostenerse, tampoco cuenta con la facilidad de afiliarse por cuenta propia al Régimen de Seguridad Social o de sufragar el costo de los servicios de salud requeridos.

Por tal razón, el Estado, a través de las instituciones encargadas para ello, como el Inpec, debe garantizar a la persona privada de la libertad el derecho a la salud. Entonces, debido a la relación de especial sujeción, el Estado es el directo obligado de asegurar la eficacia del derecho (Corte Constitucional T-846 de 2013, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub).

En principio, el Estado garantiza por medio del Inpec que todas las personas privadas de la libertad gocen del derecho a disfrutar el más alto nivel de salud posible y, por tanto, ser partícipes de las políticas que en materia de salud se desarrollen. Ahora, es fundamental investigar si los

centros penitenciarios del país realmente brindan la mejor prestación del servicio en salud (Corte Constitucional T-846 de 2013, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub).

En primer lugar, la situación actual de los centros penitenciarios y carcelarios en Colombia se caracteriza por su alta complejidad, lo que aqueja los problemas de violencia, infraestructura, altos niveles de hacinamiento y precarias condiciones tanto de las personas privadas de la libertad como del personal administrativo, desbordando por completo las capacidades institucionales, insalubridad y desencadenando la mala prestación del servicio en salud. Según cifras reportadas por el Inpec se encuentran en funcionamiento 132 establecimientos carcelarios y penitenciarios con una capacidad de 80.913 cupos, los cuales cuentan con una población de 103.274 personas. Es decir, presenta una sobrepoblación en 22.361 reclusos sobre la capacidad instituida por el sistema penitenciario, lo cual equivale al 27,64% de hacinamiento. (INPEC, 2020).

Ahora bien, con la amenaza de la pandemia por Covid-19 que afecta a muchos países de todo el mundo, los centros carcelarios se han convertido en el foco de alto riesgo debido a las precarias condiciones en las que se encuentran. Cabe destacar que, diversos líderes de las instituciones mundiales en el ámbito de la salud, los derechos humanos y el desarrollo, han expresado que la población carcelaria debe tomar medidas de salud pública pertinentes en lo que respecta, para así reducir al mínimo la aparición de esta enfermedad en esos entornos y velar por que se aplique medidas preventivas adecuadas destinadas a prevenir brotes importantes por esta enfermedad. (OMS, 2020).

No obstante, aunque el Gobierno de Colombia decreto la Emergencia Sanitaria por Covid-19, el Ministerio de Justicia mediante Resolución 1144 de marzo 2020 declaró el Estado de Emergencia Penitenciaria y Carcelaria en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional del Inpec (Ministerio de Justicia, 2020); sin embargo, esto se salió de control, ya que según estadísticas del Inpec se reportaron a la fecha de agosto del presente año 2.592 personas con casos positivos en 44 establecimientos de reclusión. (INPEC, 2020).

Lo anterior, enciende las alarmas al observar estas cifras, como quiera que, con el paso del tiempo, no habrá centros penitenciarios que logren albergar a esta población. Conexo a ello, la

población reclusa no solamente se encuentra expuesta a esta pandemia, ya que hay reclusos que padecen de enfermedades de alta prevalencia como el VIH/SIDA y la tuberculosis, lo que hace que el estado de salud tanto físico como mental influya en la forma en que viven, trabajan y se comportan.

Esto se convierte en una realidad tanto para los reclusos como para el personal penitenciario, ya que el estado de salud de una persona puede influir en la conducta de otras. Por consiguiente, las personas que padecen de alguna enfermedad necesitan cuidados especiales para mantener la salud en las prisiones, esto porque cuando el personal penitenciario está sano, trabajará mejor y, cuando los presos están sanos, estarán más capacitados para trabajar y en mejores condiciones de sobrellevar la privación de libertad. (Naciones Unidas, 2004) (Pág. 65 – 71).

Por su parte la pandemia por Covid-19 ha provocado un crecimiento vertiginoso en las cifras de desempleo a nivel mundial, lo que ha reactivado la criminalidad y el fenómeno de la reincidencia. Se trae a colación este tema, ya que estos actos delictivos ayudan al hacinamiento en los centros penitenciarios, desbordando la capacidad de albergue, delimitando espacios físicos, y propiciando la propagación de enfermedades infecciosas.

Continuamente, los centros de reclusión se han convertido en la mira para los entes nacionales e internacionales, donde en reiteradas ocasiones se han presentado constantes llamados de atención de instituciones que velan por los derechos humanos, ya que las instalaciones penitenciarias no están preparadas para un distanciamiento total efectivo y Colombia no es ajeno a ello, esto porque la falta de atención y orientación en este momento puede causar daños irreparables donde, pese a los esfuerzos del Gobierno Nacional por crear una política criminal racional, el nivel de hacinamiento sigue en ascenso lo que conlleva que la prestación del servicio en salud presente obstáculos y limitaciones que vulneren los derechos.

Estos hechos, entre otros, merecen ser estudiados e investigados a profundidad. La presente investigación pretende explorar la normatividad nacional e internacional en los Sistemas de Salud dispuesta para los centros penitenciarios, con el fin de responder a la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo funciona y se financia el modelo de atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud en los centros penitenciarios de Colombia bajo la normatividad vigente?

## 2. Objetivos

### Objetivo General

Analizar cómo es el funcionamiento y financiamiento del modelo de atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud en los centros penitenciarios de Colombia bajo la normatividad vigente.

### Objetivos Específicos

- Describir el desarrollo histórico de la normatividad del modelo de atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia para los centros penitenciarios.
- Determinar el funcionamiento del modelo de atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud para los centros penitenciarios de Colombia.
- Identificar la financiación del modelo de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las Personas Privadas de la Libertad a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - Inpec.
- Comparar el modelo de atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia frente a la prestación de los servicios de salud de los centros penitenciarios del país de Chile.

### 3. Metodología

La presente investigación esta fundamentada en la revisión de la literatura histórica nacional comprendida desde la creación del SISS con la Ley 100 de 1993. Por tal razón, este análisis es de tipo cualitativo toda vez que, recoge información documental, normativa, jurisprudencial y estudios ya realizados sobre el tema que conllevó al análisis, aunado a que en la medida en que el análisis de la normatividad y literatura disponible, permitió identificar las condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los centros penitenciarios en Colombia al compararlo con el modelo de atención en salud del país de Chile, respecto a la prestación de los mencionados servicios.

En la realización de la investigación se siguió un proceso que constó de dos fases:

- Exploratoria: Se realizó una asociación y análisis de la información pública disponible en bibliotecas, normativa jurisprudencial, literatura, trabajos de grado, tesis doctorales y artículos científicos, realizando un recuento histórico de cómo ha sido el funcionamiento y financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los centros penitenciarios en Colombia determinando la sostenibilidad del sistema en este sector y realizando comparación con el modelo de atención en salud penitenciario de Chile, respecto a la prestación de mencionados servicios.
- La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos disponibles por la Pontificia Universidad Javeriana, a través del catálogo biblos y el buscador integrado, así como de Dialnet, Scielo, Google Académico y la Relatoría de la Corte Constitucional
- Explicativo: Más allá de la descripción del problema, se pretendió con el presente trabajo de investigación describir el funcionamiento y financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los centros penitenciarios de Colombia, realizando una comparación de los servicios de salud que se prestan en las cárceles del país de Chile.

El análisis de las investigaciones se circunscribirá a la búsqueda nacional e internacional, toda vez que la investigación se encamina a establecer como funciona el Sistema de Seguridad Social en Salud para la población reclusa de Colombia, comparado con el país de Chile.

#### **4. Resultados de la investigación.**

### **Capítulo I. Régimen normativo en el ámbito internacional y nacional del Sistema de Seguridad Social en Salud de la población privada de la libertad**

#### Régimen normativo internacional

La Organización Mundial de la Salud insta a todos los integrantes e interesados, tales como Ministerios de Salud y otros, a promover y fortalecer la integración de los servicios de salud en los centros penitenciarios, garantizando el acceso y la continuidad del mismo, sin tratos diferenciadores con ocasión a su situación jurídica. De igual forma reiteró que la salud en la cárcel es un derecho que se ha reconocido internacionalmente, donde se han adoptado, normas, directrices, declaraciones y pactos internacionales, que aseguren el derecho a un tratamiento médico y medidas preventivas en la atención sanitaria disponible. (OMS, 2013).

Por su parte, la ONU estableció que la atención sanitaria de aquellas personas que se les limiten el ejercicio de sus derechos en virtud de una sentencia judicial, son de gran prioridad para los Estados, toda vez que, este último asume la responsabilidad especial de prestarle la atención en salud apropiada, por lo que, recomienda que el sistema de salud sea claro y comprensible para los reclusos (ONU, 2004).

En materia de instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, y en especial de los reclusos, puede resumirse así:

Párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos  
*“Garantiza a toda persona incluido los presos: El Derecho a un nivel de vida adecuado que*

*le asegure (...) la salud y el bienestar (...) y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)* (ONU, 1948)

Por su parte el Artículo 7 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos expresa que en toda instancia se debe garantizar el trato igualitario y al derecho de todo ciudadano a ser protegido por la ley, evitando todo tipo de discriminación (ONU, 1948)

Párrafo 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce: *“el Derecho a toda persona, a la salud”* (PIDESC, 1966)

La regla 22 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos: *“1) (...) Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general de los servicios sanitarios de la comunidad o de la nación (...)”* en tanto deben cumplir ciertos estándares mínimos indispensables para garantizar la salud de las personas privadas de la libertad. (ONU, 1977)

El principio 9 de los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos: *“Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.”* (ONU, 1990)

Ahora bien, resulta imperioso traer a colación que, los tratados, convenios y pactos ratificados por el Congreso colombiano, que pertenecen al reconocimiento y garantía de los derechos humanos prevalecen en el orden interno, como quiera que, forman parte del bloque de constitucionalidad, todo lo anterior, de conformidad con el artículo 241-10 de la Constitución Política.

Es por ello, que resulta pertinente y conducente la relación internacional de cara a los lineamientos para el Sistema de Seguridad Social en Salud para las personas privadas de la libertad.



## Régimen normativo nacional

Sentado sucintamente lo que en el espectro internacional se ha regulado en la materia, las normas internas en la legislación vigente en lo referente al Sistema de Seguridad Social en Salud y/o atención, modelo en salud para las personas privadas de la libertad son las siguientes:

Constitución Política de Colombia, como garante de la correcta ejecución de los derechos fundamentales de toda la población de Colombia.

Ley 65 de 1993. *“Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario”* dentro de la cual se resaltan sus artículos 3 y 5 sobre la igualdad y el respeto a la dignidad humana.

Ley 100 de 1993. *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral”* en donde su artículo 154 establece la intervención del Estado en el servicio público de Seguridad Social en Salud para todos los habitantes en Colombia. Es decir, garantizar la prestación de los servicios de salud.

Ley 1122 de 2007. *“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”* en su artículo 7 sobre las funciones de la Comisión de Regulación en Salud, donde le compete al Estado la responsabilidad de prestar el derecho de la salud a todos los ciudadanos, sin distinción alguna. Del literal m del artículo 14, para lo que el Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que la población privada de la libertad reciba adecuadamente sus servicios.

Ley 1438 de 2011. *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”* para lo cual estableció en su artículo 3 los principios generales del Sistema de Seguridad Social en Salud; se resalta que todos estos principios guardan relación directa con las personas privadas de la libertad en cuanto no se le han de desconocer sin importar su condición jurídica, tales como la igualdad, solidaridad, equidad, enfoque diferencial, calidad, irrenunciabilidad, entre otros.

Ley 1709 de 2014. *“Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985”*. Hace parte fundamental sobre el enfoque diferencial de poblaciones con características particulares, dentro de las cuales se incluye a las personas privadas de la libertad; de igual forma, se definen las instituciones que integran el sistema nacional penitenciario y carcelario. De lo anterior es loable establecer que para esta población existe todo un aparato estatal que garantiza el ejercicio de los derechos fundamentales incluido el derecho a la salud.

Decreto 1141 de 2009. *“Por la cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud”*. En donde en sus artículos 1 y 2 establecen que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población privada de la libertad se realizara al régimen subsidiado y cargo del INPEC. Asimismo, se refiere a que la población que se encuentre afiliada al régimen contributivo y las entidades aseguradoras en los regímenes exceptuados, conservaran dicha afiliación siempre y cuando continúen cumpliendo con las condiciones de la afiliación.

Decreto 2777 de 2010. *“Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1141 de 2009”* se efectúan cambios importantes para la afiliación al sistema de seguridad social en salud a la población privada de la libertad a cargo del INPEC en el sentido de establecer todas las actividades y ejecuciones dentro de las acciones administrativas para garantizar la afiliación.

Decreto 4150 de 2011. *“Por el cual se crea la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios-SPC-”* considerando que para afianzar el cumplimiento de los mandatos del Estado Social y Democrático de Derecho, relacionados con el respeto a la dignidad humana y el ejercicio de los derechos fundamentales de la población privada de la libertad, en los establecimientos de reclusión se creó una entidad especializada en la gestión y operación de los bienes y la prestación de los servicios requeridos para garantizar el bienestar de esta población.

Decreto 1069 de 2015- *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho”* se establecen las reglas generales en lo relacionado con la

prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC.

Decreto 2245 de 2015. Adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015 sobre el modelo de atención en salud para las personas privadas de la libertad y la organización de los establecimiento y recursos; destinación de los recursos del Fondo Nacional de Salud, y la prestación de los servicios de salud intra y extramurales.

Decreto 1142 de 2016. Permite la conservación de la afiliación del recluso con su grupo familiar, al régimen contributivo de salud o al régimen especial o de excepción, a su vez, las reglas mínimas para el aseguramiento de la población domiciliaria a través del régimen subsidiado o contributivo según la capacidad de pago, regímenes especiales o de excepción con el cumplimiento de todas las condiciones de permanencia.

Resolución 5159 de 2015. *“Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC”*. La creación del modelo de atención en salud para la PPL incluyó todas las fases de la prestación de servicios de salud, es decir, red de prestadores, condiciones de calidad, sistema de referencia, el seguimiento y la evaluación del modelo.

Resolución 3595 de 2016. *“Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones”*. Establece la necesidad de articularse financiera y operativamente con el prestador primario de salud intramural en coordinación con el INPEC y la USPEC.

Resolución 4005 de 2016. *“Por la cual se reglamentan los términos y condiciones para la financiación de la población privada de la libertad a cargo del INPEC, que se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud”*. Reglamenta los términos y condiciones para la financiación de la población privada de la libertad a cargo del INPEC que se encuentre afiliada al SGSS, define procesos como reporte y estructura, transferencia de

recursos destinados a la financiación de las UPC-S de las personas privadas de la libertad en prisión y detención domiciliaria.

Resolución 5512 de 2016. *“Por la cual se modifica el artículo 4 de la Resolución 4005 de 2016”*, en la cual se permite que la población privada de la libertad en prisión y detención domiciliaria, que no se afilie de manera voluntaria a una EPS del régimen contributivo, pueda ser afiliada por el INPEC a través de listados censales una vez agotado el proceso de notificación, a la EPS de mayor cobertura en el municipio que resida.

Estado de Cosas Inconstitucional del sistema penitenciario de Colombia.

La figura del Estado de cosas inconstitucionales es definida como un mecanismo creado por el Alto Tribunal Constitucional de Colombia, mediante la cual declara que ciertos hechos o situaciones resultan totalmente contrarios a la Constitución Política, como quiera que vulneran de manera masiva derechos y principios consagrados en la misma, en consecuencia, ordena y dictamina a las autoridades competentes para que en sus funciones y dentro de un tiempo razonable adopten todas las medidas necesarias para corregir o superar tal hecho. (Lyons, 2011)

Para tal efecto, en la Sentencia T-025 de 2004, la Corte Constitucional enumeró los factores que se deben tener en cuenta para determinar cuando existe un estado de cosas inconstitucionales, a saber:

La vulneración masiva y generalizada de varios derechos constitucionales.

La prolongada omisión de las autoridades en el cumplimiento de sus obligaciones.

La adopción de prácticas inconstitucionales.

La no expedición de medidas legislativas, administrativas o presupuestales para evitar la vulneración de los derechos.

La existencia de un problema social cuya solución compromete la intervención de varias entidades.

El hecho de que si todas las personas afectadas por el mismo problema acudieran a la acción de tutela para obtener la protección de sus derechos. (Corte Constitucional , 2004)

Así las cosas, los problemas que afectan el sistema penitenciario de Colombia, han sido tan graves que para 1998 mediante la Sentencia de Tutela T-153 de la Honorable Corte Constitucional declaró el “*Estado de Cosas Inconstitucional*”. El fallo citado del Alto Tribunal estableció que las condiciones de hacinamiento impedían brindarles a todos los reclusos los medios para la resocialización, pues la sobrepoblación ha conducido a que los reclusos ni siquiera puedan gozar de las mínimas condiciones de vida digna; entre esos los servicios sanitarios, asistencia en salud y acceso al mismo. De manera que en síntesis ordenó al Gobierno Nacional a través de sus Ministerios llevar a cabo un plan de obras que disminuyera el hacinamiento. (Corte Constitucional, 1998)

No obstante, y a pesar de lo anterior, en Sentencia de Tutela T-388 de 2013, la Corte Constitucional declaró nuevamente el “*Estado de Cosas Inconstitucional*” toda vez que concluye, que la *política criminal es reactiva, volátil, incoherente, ineficaz, sin perspectivas de Derechos Humanos y abandonó la búsqueda del fin resocializador* en la que tienen injerencia diversas autoridades, máxime, cuando en 1998 ya había dado cuenta de los grandes problemas que el sistema penitenciario sufre. En ese sentido establece una serie de pautas y obligaciones en cabeza de diferentes entidades del Estado relacionadas con la garantía y satisfacción de los derechos de las personas privadas de la libertad y criterios de seguimiento en cumplimiento de lo ordenado. (Corte Constitucional , 2013).

El Estado acatando las directrices de la Corporación, y en específico en la atención en salud de la población carcelaria, ha expedido una serie de normativas, tales como la Ley 1709 de 2014, Ley 1760 de 2015, Decreto 1606 del 2015 entre otras, donde establece que el servicio de salud de las personas privadas se debe prestar de la mejor manera, cumpliendo con lo reglamentado en los derechos humanos.

Sin embargo, en Sentencia T-762 de 2015, la Corte Constitucional nuevamente reiteró la existencia del “*Estado de Cosas Inconstitucional*” corolario a los pronunciamiento de 1998 y 2013, exhibe que la realización de los derechos tutelados y amparados no han sido efectivamente abarcados, por lo que en 34 órdenes de carácter general, vincula a los Ministerios de Hacienda, de Justicia, INPEC, y diferentes entes territoriales a dar un nuevo diagnóstico sobre la violación a derechos fundamentales y derechos humanos. (Corte Constitucional, 2015).

Como se observa, en reiteradas ocasiones la Corte Constitucional ha manifestado la clara vulneración de derechos de la población reclusa en Colombia, sin embargo, las acciones reglamentarias y jurídicas que el Estado ha establecido parecieran no ser suficientes para resolver la incertidumbre, toda vez que se evidencia que no se han ejercido acciones afirmativas y positivas para dar solución.

En ese sentido, revisada numerosa literatura sobre el caso en concreto, es imperioso señalar que no se encuentran indicadores consolidados para valorar la real cobertura y calidad de la atención sanitaria que se presta a la población privada de la libertad en Colombia. Sin embargo, luego de estudiadas las Sentencias de la Alta Corporación Constitucional, se puede dilucidar que los procesos de tercerización que caracteriza al Inpec para atender las necesidades de salud de sus reclusos, está a gran distancia de superar las recomendaciones y exigencias que en materia de derechos humanos y fundamentales llevaron a declarar el estado de cosas institucionales.

De lo anterior, de forma coloraría lo había manifestado de igual forma la Defensoría del Pueblo, en su estudio sobre la prestación de servicios en centros penitenciarios y carcelarios, que, en materia de salud, asistencia médica y suministro de medicamentos al personas recluso en las cárceles del país, todavía, persiste un marco de violaciones al derecho fundamental de la salud, toda vez que el Estado no ha impartido ordenes adecuadas para el tratamiento digno y oportuno de los mismos, y que en esa proposición el Inpec es actor solidario en la materia. (Defensoría del Pueblo, 2010).

Por otro lado, la reforma a la Ley 1709 de 2014, trae un concepto renovado a la atención en salud de la población reclusa, pues se crea el Fondo Nacional de Salud, mediante el cual se incorporan modelos de implementación de atención con base en el principio de “*Enfoque*

*Diferencial*” que reconoce las diferencias de estas personas en relación con la población en condición de libertad, dentro del cual, resalta el reconocimiento a la dignidad humana y derechos humanos, máxime, cuando en su parte considerativa estableció que la carencia de recursos estatales no podrán justificar que las condiciones de reclusión vulneren ningún tipo de derecho fundamental.

De igual manera, la Procuraduría General de la Nación, ha señalado que la creación del fondo antes mencionado es de suma importancia, no solo para la gestión pública, sino que dotará a las Unidades de Servicios Penitenciarios y Carcelarios *de herramientas suficientes para que cumplan con la administración efectiva de los recursos dispuesto para la atención en salud y que requiera esta población.* (PGN, 2016).

Empero, el seguimiento realizado a las políticas públicas en materia de salud de la población privada de la libertad, en un juicio *a priori* logra demostrar que el Estado no está cumpliendo con los lineamientos planteados por las normas, en la medida de garantizar el derecho a la salud, es decir, sin que sea necesario que aquellos individuos tengan que acudir a acciones constitucionales de tutela, para garantizar este derecho, por lo que a pesar de que se ha expedido gruesa normatividad, el respeto a la prestación de servicio de salud y acceso, no es oportuno, completo y eficiente.

## **Capítulo 2. Funcionamiento de la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC**

Estudios previos realizados por investigadores y autoridades

Un primer estudio corresponde a (Guerrero & A., 2012) quienes en su publicación titulada *“Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. España”* establecieron que el hacinamiento en el medio penitenciario tiene una relación directa con el estado sanitario de la población reclusa, se limita al estudio higiénico de las instalaciones, abordando desde un marco jurídico-legal la deficiente atención en salud. Se resalta esta investigación toda vez que la justificación del problema se encuentra acorde a la línea de estudio que se está llevando a cabo.

Un segundo estudio corresponde a (Piñeros, 2014) donde en su tesis de maestría; *“Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelaria Colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional”* realizó seguimiento desde un enfoque de vigilancia en salud pública INPEC, en razón a las funciones sanitarias del Estado. El reconocimiento sanitario posibilitó al autor caracterizar las condiciones sociodemográficas, epidemiológicas, higiénicas-sanitarias e institucionales que presentaba el INPEC.

Un tercer estudio corresponde a (Bello, 2016) quienes en su publicación; *“Cárceles de la muerte: necropolítica y sistema carcelario en Colombia”* identificaron que los centros penitenciarios del país no cuentan con la infraestructura adecuada para prestar los servicios de salud e incluso lo catalogó como inexistente, señaló datos preocupantes del estado de salud de la población reclusa. El enfoque del artículo se dirigió a presentar la problemática del funcionamiento de los complejos carcelarios y la desigualdad racial, sexual y de género del modelo punitivo que en síntesis abandonó los ideales de resocialización y rehabilitación.

Un cuarto estudio corresponde a (Velez & Escobar, 2016) quienes en su análisis titulado *“Sentencia de la Corte Constitucional T-762 de 2015, de dieciséis (16) de diciembre de dos mil quince (2015), sobre estado de cosas inconstitucional en el sistema penitenciario y carcelario en Colombia. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado”* señalaron que la Corte consideró que la población reclusa de Colombia presenta una ausencia de servicios de salud adecuado, de contera, constituye una violación flagrante a los Derechos Fundamentales de esta población, empero, las consideraciones expuestas se ciñeron a dar una crítica reflexiva sobre los lineamientos que el Alto Tribunal expuso en su sentencia.

Un quinto estudio corresponde a (Montiel, 2016) quien en su trabajo de investigación *“La cárcel: ejercicio del derecho a la salud, un análisis desde la teoría de violencia de J. Galtung.”* estableció que para la población reclusa de Colombia existe un desconocimiento respecto a la vinculación a EPS y a los servicios de salud, toda vez que tienen una percepción nula frente a los posibles casos de atención y los programas de prevención y promoción de la salud, no obstante, el



apartado de la investigación se limitó a exponer la opinión personal de los reclusos y no se realizó un análisis profundo de la operatividad del sistema de salud.

Un sexto estudio corresponde a (Hernandez & Mejia, 2018) quienes en su artículo de investigación; *“Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública”* tuvieron por objeto sistematizar el registro de experiencia de diferentes países y normatividad vigente para la fecha de la atención en salud de la población reclusa. Como resultado de lo anterior, concluyeron que, a pesar de los avances, persisten obstáculos y limitaciones que vulneran el derecho a la salud de esta población.

Así las cosas, revisada la literatura, se encontró que la mayoría de las publicaciones sobre salud en los centros de reclusión están enfocadas al estudio de morbilidades, condiciones en que se brinda la atención, limitaciones y derechos. De igual forma sobre los perfiles de salud y las necesidades, y otras sobre las violaciones evidentes al derecho fundamental de la salud, en ese sentido, el tema a desarrollar ha sido poco estudiado por lo que merece especial atención.

Sin duda alguna, la población de reclusos adquiere una connotación de mayor vulneración de los derechos humanos y fundamentales. La privación de la libertad trae consigo limitaciones en el ejercicio de los derechos, ahora bien, lo anterior no significa que el Estado no tenga una obligación de formular políticas públicas que garanticen el respeto y dignidad de aquellas personas que por decisión judicial han sido sometidas a un espacio de resocialización.

#### Funcionamiento del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad

Para lograr un mayor entendimiento sobre el funcionamiento actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud para las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Inpec, es importante resaltar a Caprecom Eice, la cual operaba como una entidad promotora de salud del régimen subsidiado, prestando la capacidad asistencial en los centros penitenciarios de Colombia, pero, mediante informe técnico presentado por la Superintendencia Nacional de Salud radicado ante el Ministerio de Salud y Protección Social se logró evidenciar incumplimientos en

la prestación del servicio, la insostenibilidad financiera y administrativa, lo que conllevó al Estado la supresión y liquidación total de esta entidad.

Siendo así, el proceso se caracterizó por ser extenso para su liquidación, donde, por medio del Decreto 2519 de 2015 se fijó un plazo de 12 meses, determinando su liquidación el 28 de diciembre de 2016, no obstante, luego expedieron el Decreto 2192 del 28 de diciembre del mismo año, donde prorrogaba el plazo para culminar la liquidación y, hasta el 27 de enero de 2017 terminó en todos los efectos la existencia de a Caprecom Eice. (Sanchez, L., Bonilla, F. & Martinez M., 2017)

Cabe resaltar que la atención en la salud es un servicio público a cargo del Estado, la cual le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Constitución Política de Colombia, art. 49, 1991).

Es por esto que el Estado Colombiano con el fin de garantizar el acceso a la salud a la población privada de la libertad y en desarrollo del mandato expresado en el párrafo anterior, mediante la Ley 1709 de 2014 modificó varias disposiciones de la Ley 65 de 1993, en especial las relativas a la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad. (Congreso de la República, 2014).

Por su parte, el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los centros penitenciarios involucra la participación de múltiples agentes, quienes desempeñan funciones específicas de aseguramiento, dirección, control y prestación del servicio, cuya organización ha sido dictada de forma legal con el objetivo de garantizar la materialización de los principios de universalidad, eficiencia, calidad y continuidad del servicio. Es por esto que, mediante el Decreto 2245 de 2015 el mismo Estado involucra las siguientes entidades para lograr una mejoría en la prestación del servicio de salud a las personas privadas de la libertad; el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social.

La población privada de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, se encuentran en todo el derecho de recibir la prestación de los servicios de salud regida prevaleciendo la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a los regímenes exceptuados o especiales, sin la obligación de realizar aporte alguno al mismo sistema. Aquellas personas que tengan los recursos para realizar las respectivas cotizaciones al sistema de salud servirán para garantizar la cobertura al grupo familiar. (Congreso de la República, 2014).

Así las cosas, el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad creado por la Ley 1709 de 2014 es una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, con independencia patrimonial, contable y estadística, cuyos recursos serán manejados por la entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital, contratada por la Uspec. (Congreso de la República, 2014).

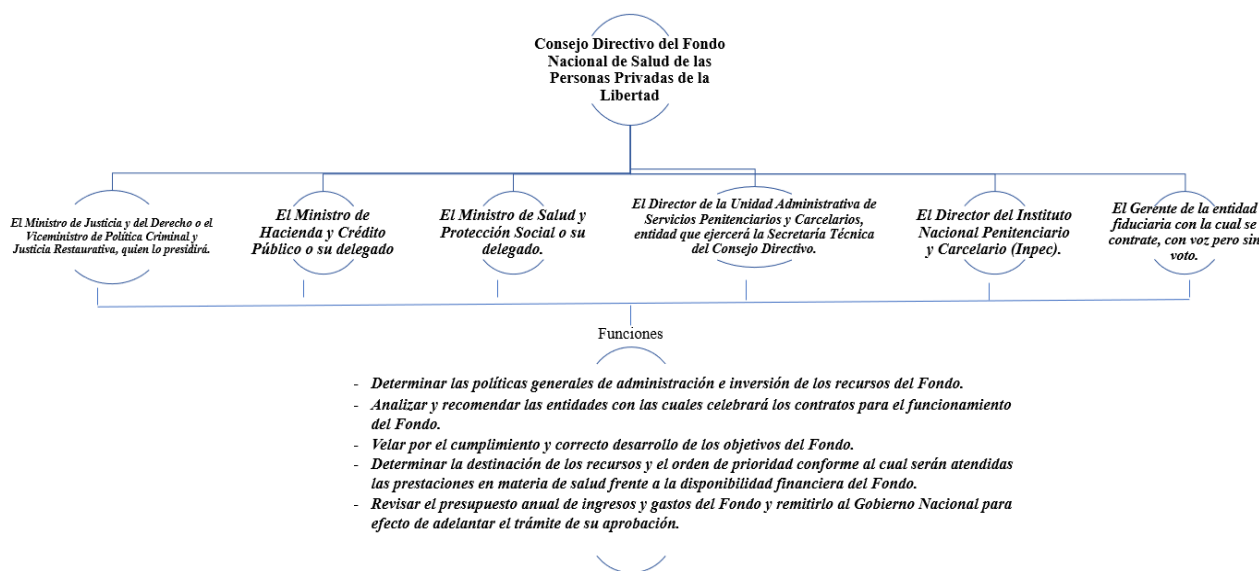
El Fondo Nacional de Salud tiene a su cargo lo siguiente:

- *Administrar de forma eficiente y diligente los recursos que provengan del Presupuesto General de la Nación para cubrir con los costos del modelo de atención en salud para las personas privadas de la libertad.*
- *Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo.*
- *Llevar los registros contables y estadísticos necesarios para determinar el estado de la prestación del servicio de salud y garantizar un estricto control del uso de los recursos.*
- *Velar porque todas las entidades deudoras del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad cumplan oportunamente con el pago de sus obligaciones.*

Además, cuenta con un Consejo Directivo del Fondo, el cual se reúne ordinariamente, previa citación de su presidente o por lo menos una vez cada dos (2) meses, o, extraordinariamente,

a solicitud de la mayoría de sus miembros. El Consejo podrá realizar reuniones no presenciales, garantizando la adecuada información y deliberación de sus miembros. La asistencia será obligatoria e indelegable, con excepción de la delegación que pueden realizar los Ministros de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social.

Según lo establece la normatividad Colombia el Consejo Directivo del Fondo se encuentra organizado de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia.

A su vez, podrá deliberar libremente el quórum y decisorio con la participación de la mayoría de sus miembros. Las decisiones se toman con el voto favorable de la mayoría de los miembros, presentes en la sesión. En cada sesión se debe llevar un acta que se encuentre suscrita por el presidente y el secretario y se encuentre aprobada por el Consejo Directivo. Las decisiones que en el seno del Consejo se adopten son denominadas Acuerdos y deben llevar las firmas del presidente y del secretario, en la cual debe actuar como secretario del Consejo el Director General de la Uspec.

### **Capítulo 3. Funciones de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en relación con los servicios de salud de la población privada de la libertad**

De conformidad con el Decreto-Ley 4150 de 2011 y demás leyes que fijan sus competencias, la USPEC es la entidad que gestiona, opera el suministro de bienes y la prestación de servicios, la infraestructura y brinda el apoyo logístico y administrativo requerido para el adecuado funcionamiento de los servicios penitenciarios y carcelarios a cargo del Inpec (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

Ahora bien, la Uspec en relación con los servicios de salud de la población privada de la libertad se encarga de lo siguiente:

- Analizar y actualizar la situación de salud de la población privada de la libertad a partir de la información suministrada por los prestadores de los servicios de salud, por conducto del Sisipec.
- Analizar el efecto de los determinantes sociales en la situación de salud de la población reclusa con fundamento en la información suministrada por el Inpec.
- Realizar la medición cuantitativa de riesgos, identificando los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención y su modificación.
- Contratar la entidad fiduciaria con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y establecer las condiciones para que dicha entidad contrate, de acuerdo con las decisiones del Consejo Directivo del Fondo, así como con el modelo de atención en servicios de salud establecido y teniendo en consideración los respectivos manuales técnicos administrativos para la prestación de servicios de salud que se adopten.
- Contratar las actividades de supervisión e interventoría sobre el contrato de fiducia mercantil que se suscriba, con los recursos del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.
- Elaborar un esquema de auditoría para el control, seguimiento, monitoreo y uso racional de los servicios de salud por parte de los prestadores, y contratar dicha auditoría, sin

perjuicio del control fiscal a cargo de la Contraloría General de la Nación, de ser procedente.

- Garantizar la construcción, mantenimiento y adecuación de la infraestructura destinada a la atención en salud de las personas privadas de la libertad dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional.
- Implementar el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, en coordinación con el Inpec. Para la implementación del modelo se elaborarán los manuales técnicos administrativos que se requieran.
- Coadyuvar la implementación de los lineamientos que en materia de salud pública expida el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las autoridades territoriales de salud.
- Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información correspondiente a la atención en salud de la población privada de la libertad, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente y previo acuerdo de articulación de información con el Inpec.
- Las demás que sean necesarias para la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad.
- Brindar acompañamiento técnico a las entidades territoriales.
- En calidad de secretaría técnica del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud remite a la entidad fiduciaria administradora de los recursos del mencionado fondo, la solicitud de las necesidades de contratación. La entidad fiduciaria es la encargada de contratar y pagar los servicios autorizados.

Por otra parte, mediante el Decreto-Ley 1141 de 2011, el INPEC ejerce la vigilancia, custodia, atención y tratamiento de las personas privadas de la libertad, vigilancia y seguimiento del mecanismo de seguridad electrónica y de la ejecución del trabajo social no remunerado, impuestas como consecuencia de una decisión judicial, de conformidad con las políticas establecidas por el Gobierno Nacional y el ordenamiento jurídico, en el marco de la promoción, respeto y protección de los derechos humanos (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

Ahora bien, en el desarrollo de sus competencias esta entidad tiene a su cargo las siguientes funciones en relación con los servicios de salud de la población privada de la libertad:

- Mantener y actualizar el Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario Sisipepec, en relación con la información referida a la población privada de la Libertad, la información de interés en salud pública y toda aquella que sea necesaria para la adecuada prestación y control de los servicios de salud.
- Garantizar la articulación e interoperabilidad entre el Sisipepec y los sistemas de información de los prestadores de servicios de salud y los de la Uspec.
- Garantizar las condiciones y medios para el traslado de personas privadas de la libertad a la prestación de servicios de salud, tanto al interior de los establecimientos de reclusión como cuando se requiera atención extramural, y apoyar las actividades de referencia y contra referencia.
- Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la entidad fiduciaria la información de las personas bajo su vigilancia y custodia en los términos y condiciones requeridos.
- Expedir, en coordinación con el Uspec, los Manuales Técnicos Administrativos para la prestación de servicios de salud que se requieran conforme a las particularidades diferenciales de cada establecimiento de reclusión, acorde con el modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad que se establezca.
- Las demás que sean necesarias para la prestación de los servicios de salud de la población privada de la libertad.

Ahora bien, los manuales técnicos administrativos son elaborados conjuntamente por el Uspec y el Inpec. La cual debe guardar plena armonía con el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad y los lineamientos definidos por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud, y serán de obligatorio cumplimiento para aquellos que presten los servicios de salud.

El SISIPEC es la fuente principal de la información médica de las personas privadas de la libertad, que tiene como base las autoridades penitenciarias, carcelarias y judiciales, en lo relativo a las condiciones de reclusión de cada una de estas personas que se encuentren bajo custodia del sistema penitenciario y carcelario.

## Prestación de Servicio de Salud para las personas privadas de la libertad

Se entiende por población privada de la libertad aquella integrada por las personas internas en los establecimientos de reclusión a cargo del Inpec, así como por quienes estén en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del Inpec. (Ministerio de Justicia y del Derecho , 2015).

## Entidad fiduciaria y prestadores de servicio de salud

La Uspec suscribió el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2015, la cual se encuentra integrado por las Sociedades Fiduprevisora SA y Fiduagraria SA, mediante el contrato de Fiducia Mercantil No. 363 de 2015, la cual tiene como objeto “(...) *Administrar y pagar los recursos dispuestos por el fideicomitente en el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad. (...)*”y “(...) *los recursos del fondo nacional de salud de las personas privadas de la libertad que recibirá la fiduciaria deben destinarse a la celebración de contratos derivados y pagos necesarios para la atención integral en salud y la prevención de la enfermedad de la ppl a cargo del Inpec (...)*”. (Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL, 2017).

Mediante, Acto Administrativo del 14 de diciembre de 2016 la Uspec celebró mediante contratación directa el Contrato de Fiducia Mercantil No. 331 de 2016 para continuar con la administración del Patrimonio Autónomo del Fondo Nacional de Salud a la Población Privada de la Libertad. (Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL, 2017).

Esta fiducia es la encargada de administrar los recursos del Fondo Nacional de Salud y tiene la capacidad e idoneidad de realizar contrataciones, desembolsos entre otras actividades administrativas que se requieran para la prestación de servicios de salud.

Siendo así, los prestadores de los servicios de salud que contrate la mencionada fiducia deben contar con la idoneidad y capacidad técnica para provisionar los servicios. Para ello, se debe tener en cuenta el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, los respectivos manuales técnicos administrativos y los demás lineamientos que establezca el Consejo



Directivo. Además de responder a los entes de control, en este caso a la Superintendencia Nacional de Salud.

La prestación de los servicios de salud debe garantizar la calidad de atención intramural y extramural en salud, ofreciendo respuestas adecuadas a las necesidades de la población privada de la libertad, en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

No obstante, los prestadores de servicios de salud, en coordinación con el Inpec y la autoridad sanitaria del territorio, deben garantizar la implementación de las intervenciones colectivas e individuales de alta externalidad en salud, mediante estrategias permanentes que mejoren las condiciones del hábitat, saneamiento básico, calidad del agua, aire y control de enfermedades endemo-epidémicas. Todo esto con el fin de atenuar los riesgos y proteger la salud de la población privada de la libertad.

Cabe resaltar que los establecimientos destinados a la reclusión de mujeres deben garantizar el acceso a medicina especializada en obstetricia y ginecología. Además, prestar la atención integral a los niños y niñas menores de tres (3) años que conviven con sus madres y a las mujeres gestantes y madres lactantes privadas de la libertad, la cual se debe coordinar su funcionamiento con el Inpec.

Los adultos mayores que se encuentren privados de la libertad, la atención de salud se debe tratar con especial protección. En todo caso se garantizará la asistencia geriátrica en los eventos en los que se requiera.

La asistencia médica de especiales afecciones de salud como personas portadoras de VIH, enfermedades infectocontagiosas o enfermedades en fase terminal deberán garantizar el efectivo acceso a la salud de esta población. De la misma manera se debe garantizar la atención a la población con patologías mentales ya sea permanente o transitorio, a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas por medio de programas de desintoxicación y deshabituación que requieran, ya sea que se encuentren en condición de farmacodependencia o drogadicción, esta solicitud la debe realizar la misma Uspec.

## Modelo de atención en salud para la población privada de la Libertad

A través, del Decreto 2245 de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social y la USPEC son los encargados de diseñar el modelo de atención en salud especial, integral y diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, la cual debe tener como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud. Este modelo establece la organización de los establecimientos y recursos para la atención en salud, dirigida a la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud.

Así mismo, incluye todas las fases de la prestación de servicios de salud, como son: el diagnóstico, la promoción de la salud, la gestión del riesgo, el tratamiento y rehabilitación, así como las intervenciones colectivas e individuales en salud pública, los cuales serán desarrollados en el respectivo manual técnico administrativo de atención establecido para tal fin.

El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad regulado por la Resolución 5159 de 2015 y modificado por la Resolución 3195 de 2016, incluyó las entidades que administran el régimen contributivo, especial o de excepción para la prestación de los servicios en salud enfocando la atención intramural y referenciando los servicios de salud extramural.

Ahora bien, como una breve sinopsis, se tienen las siguientes definiciones:

**Atención Intramural:** es aquella que se presta en las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias de los establecimientos de reclusión. Esta atención incluye la caracterización de los riesgos en salud a través de la detección temprana, la protección específica; la recuperación de la salud y la rehabilitación, la cual puede ser abordada por intervenciones colectivas e individuales.

De la misma manera se presta el servicio individual de carácter integral en medicina general y especialidades básicas, la cual se encuentra orientada a las condiciones mas frecuentes que afectan la salud, ya sean en su fase inicial o crónica.

Atención extramural: la atención de los servicios de salud extramural a personas no internas en establecimientos de reclusión debe garantizar y prever la atención domiciliaria o la atención en centros de atención haciendo efectivo el acceso a la salud.

Por otra parte, la atención extramural que se presta a los internos por fuera de los centros de reclusión debe tener una remisión expedida por el médico tratante. Esta cuenta como la autorización para la prestación del servicio de salud extramural, la cual debe ser contratado por la entidad fiduciaria. Así mismo, INPEC en coordinación con dicho prestador, realiza las gestiones necesarias para trasladar la persona privada de la libertad al lugar que corresponda para la atención extramural. El mismo manual técnico administrativo debe contener los procedimientos de traslado o remisión externa e incluir la participación de INPEC y los prestadores de los servicios de salud para la realización de procedimientos.

#### **Capítulo 4. Identificación de la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las Personas Privadas de la Libertad a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - Inpec.**

Es pertinente indicar que la presente investigación no abarca un análisis financiero sino solamente indica el procedimiento que debe realizar el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) para garantizar el acceso al servicio de salud a la población privada de la libertad y, que la información extraída para la información fue la emitida por la normatividad vigente.

Cabe resaltar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SG-SSS) se encuentra organizado bajo el esquema de pluralismo estructurado, por el cual se pretende obtener la participación simultánea del Estado y de Instituciones Privadas que trabajan de forma organizada con un esquema de competencia regulada con el fin de garantizar el acceso al servicio de salud.

Dicho Sistema pretende materializar los postulados previstos en los artículos 48 y 49 constitucional, en los cuales se consagró la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, como un derecho irrenunciable garantizado a todos los habitantes del territorio

nacional así como la obligación del Estado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, obligaciones que deben ser cumplidas bajo los parámetros dispuestos en la Ley 1751 de 2015, misma que reiteró el concepto de derecho fundamental de la salud, como derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

En tal virtud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención sin dejar de lado a las personas privadas de la libertad.

Bajo estos parámetros, mediante el Decreto 1142 de 2016 establece para la población privada de la libertad mantener la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en el régimen contributivo, exceptuado o especial, siempre que cumpla con las condiciones establecidas para pertenecer a mencionados regímenes. No obstante, la misma norma aclara que las personas que no se encuentren afiliadas a estos regímenes, deben ser cubiertas por el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social y debe ser financiado con los recursos del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

Funciones del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la libertad para la solicitud de recursos

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la Ley 1709 expresa que los recursos de este fondo son financiados por la entidad fiduciaria estatal o de económica mixta y que el Estado debe tener más del 90% del capital, así mismo la fiducia es contratada por la Uspec. (Congreso de la República, 2014).

Los recursos del Fondo son constituidos por los aportes del Presupuesto General de la Nación y por recursos que reciba por cualquier otro concepto. Además, los rendimientos que obtenga el Fondo que sean provenientes de las inversiones son recursos que pertenecen a la Nación. (Congreso de la República, 2014).

Ahora bien, la mencionada ley expresa que los recursos que a cualquier título reciba el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad tendrán la siguiente destinación:

- *Contratación de prestadores de servicios de salud, públicos o privados o mixtos, para la atención intramural y extramural. La contratación incluirá el examen médico de ingreso y egreso.*
- *Contratación de las tecnologías de salud que deberán ser garantizadas a la población privada de la libertad bajo custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), definidas por el Consejo Directivo del Fondo.*
- *Contratación de la prestación de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que se requiera para complementar la oferta de servicios de salud.*
- *Contratación de los servicios técnicos y de apoyo, asociados a la prestación de servicios de salud.*
- *Contratación de las intervenciones colectivas e individuales en salud pública, enmarcadas en la normatividad del sector de la Salud y la Protección Social.*
- *La supervisión o interventoría del contrato fiduciario y las auditorías médicas que garanticen la adecuada ejecución de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud de la población de que trata el presente capítulo.*
- *Pago de la comisión fiduciaria.*
- *Contratar estudios que sean necesarios para asegurar la adecuada prestación de servicios de salud, de conformidad con lo que defina el Consejo Directivo del Fondo. Para tal efecto, dichos recursos podrán concurrir con recursos humanos y presupuestales del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).*

#### Estimación del costo anual de los servicios

La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) es la encargada de elaborar anualmente el anteproyecto del presupuesto bajo las directrices del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, la cual debe ser radicada ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la respectiva asignación de los recursos.

La Unidad de servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) con apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) elaboran el presupuesto teniendo en cuenta los siguientes criterios:

*Costeo de la atención intramural.*

*Costeo de la atención extramural atendiendo los criterios de desviación de la siniestralidad y el costo del plan de beneficios a precios del mercado.*

*Costeo de las acciones de salud pública, tanto colectivas como individuales de alta externalidad.*

*Población al cierre de cada año y proyección de crecimiento de la población privada de la libertad para los siguientes años.*

Una vez finalizado el anteproyecto es entregado al Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud que es el encargado de hacer llegar la solicitud de asignación al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, lo cual, éste se encargará de girar a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) los recursos asignados en la ley anual del presupuesto.

Funciones del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC para la solicitud de recursos

Para dar un mayor entendimiento es pertinente precisar el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde que el recluso ingresa al centro penitenciario:

Para las personas que se encuentran en establecimientos de reclusión.

Las personas que demuestren no estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el interno el encargado de coordinar con las entidades promotoras de salud para realizar la respectiva afiliación.

Para los cotizantes que pierdan las condiciones establecidas para pertenecer al régimen contributivo y que tenga beneficiarios, podrán hacer uso de la movilidad al régimen subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Para las personas que se encuentran en prisión domiciliaria.

Estas personas deben solicitar al Inpec certificación de su condición de pertenecer a la población privada de la libertad en prisión domiciliaria para que el mismo realice la selección y trámite de afiliación ante la EPS a través del Formulario Único de Afiliación.

Las personas que no cumplan o pierdan las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o a los regímenes especiales y de excepción, será inscrita en el régimen subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Procedimiento para la transferencia de recursos destinados a la financiación de las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado de las personas privadas de la libertad en prisión domiciliaria

De acuerdo con lo anterior, finalizada la afiliación de los reclusos el Inpec es el encargado de reportar y estructurar la población remitiendo esta información al Ministerio de Salud y Protección Social entre el primer y quinto día calendario de cada mes.

Una vez concertada la información entre la Uspec y el Fosyga (ahora Adres), se realiza la transferencia de los recursos destinados para la financiación de las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado - UPC-S de las personas privadas de la libertad en prisión domiciliaria.

No obstante, cabe resaltar que dentro de los primeros tres (3) días hábiles de cada trimestre, se realiza el giro de los recursos a Adres. Pero, si antes de culminar el trimestre, se presenta una ejecución igual o superior al 80% de los recursos transferidos, dentro de los tres (3) días siguientes a la comunicación de esta situación, se realizará el giro del 30% de los recursos correspondientes

al siguiente trimestre; esto con el fin de contar con los recursos disponibles para garantizar el pago oportuno de la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA en los términos establecidos en el Decreto 780 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Cuando en el proceso de la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA muestra diferencias entre el reconocimiento de las UPC liquidadas de manera mensual por la población privada de la libertad afiliada al Régimen Subsidiado y la transferencia realizada por Uspec, el menor valor del aporte será cubierto temporalmente por Adres, y el mayor valor del aporte será imputado en la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA del mes siguiente. El Fosyga (Adres) es el encargado de realizar el cálculo e informar dicho resultado a la Uspec (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Al terminar el proceso de la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA de la respectiva vigencia fiscal, se realizará el balance entre los recursos transferidos y los recursos efectivamente reconocidos y pagados por el Fosyga (Adres) de las personas privadas de la libertad en prisión domiciliaria; si se determinan saldos a favor de éste, antes del 31 de diciembre de la respectiva vigencia fiscal, deberán girarse los recursos correspondientes; pero, si se presentan saldos a favor de la USPEC, el Fosyga (Adres) debe constituir la cuenta por pagar, y dichos recursos serán imputados en la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA de la siguiente vigencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Se puede transferir al Fosyga (Adres) en un solo giro los recursos estimados para la financiación de las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado · UPC-S de las personas privadas de la libertad en prisión domiciliaria. De presentarse un menor valor del aporte realizado, frente al pago de la Liquidación Mensual de Afiliados · LMA, este será cubierto temporalmente por el Fosyga (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Si al cierre de la vigencia fiscal en la cual se realiza la transferencia, resultan saldos a favor del Fosyga (Adres), antes del 31 de diciembre de la respectiva vigencia fiscal, deberán girarse los recursos correspondientes; si resultan saldos a favor de la Uspec, el Fosyga (Adres) constituirá la



cuenta por pagar, y dichos recursos serán imputados en la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA de la siguiente vigencia.

**Procedimiento para la transferencia de recursos destinados a la financiación de las tecnologías en salud no cubiertas por los planes de beneficios de cualquier régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS**

Una vez concertada la información entre la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - Uspec y el Fosyga (Adres), se realiza la transferencia de los recursos destinados para la financiación de las tecnologías en salud no cubiertas por los planes de beneficios de cualquiera de los regímenes del SGSSS a que se encuentre afiliada la población privada de la libertad.

El Fosyga (Adres) en nombre de la Uspec reconoce y paga las solicitudes presentadas por las EPS del régimen contributivo y subsidiado, por los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que se suministren a las personas privadas de la libertad.

Una vez el Fosyga (Adres) cuente con los resultados del proceso de auditoría de los recobros presentados por los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, suministrados a las personas privadas de la libertad, informará a la USPEC el monto de recursos requerido para realizar el giro a las entidades beneficiarias por concepto de los recobros con estado de aprobación. Dichos recursos deberán girarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, para proceder con el respectivo pago.

El Fosyga (Adres) es el encargado de cobrar a la Uspec para que, con recursos del Fondo Nacional de Salud para las Personas Privadas de la Libertad, se cubran los costos que se generen por concepto de auditoría integral realizada a cada uno de los recobros presentados por los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que se suministren a las personas privadas de la libertad. Dichos recursos deberán girarse dentro de los cinco días (5) hábiles siguientes a la cuenta de cobro presentada por el Fosyga (Adres).

La misma norma expresa que para garantizar la transferencia de recursos, el Fosyga (Adres) informará de manera mensual a la Uspec el valor de la liquidación de la UPC-S de la población privada de la libertad en prisión domiciliaria, así como el número de afiliados por los que se efectuó dicha liquidación. La USPEC a través de la Fiduciaria, girará los recursos dentro de los dos (2) días siguientes a la comunicación.

El Fosyga (Adres) es el encargado de gestionar ante la Uspec con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para las Personas Privadas de la Libertad, el pago de los recursos reconocidos a las EPS por esta población.

## **Capítulo 5. Comparativo del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia para la población privada de la libertad, frente a la prestación de los servicios de salud en las cárceles chilenas.**

Previo a dar los rasgos generales del modelo de servicio en salud en Chile, es necesario establecer el modelo general de salud de este país. El sistema de salud chileno está categorizado en dos sectores, el público y el privado.

El sector público, aproximadamente cubre al 80% de la población, el cual está conformado por *el Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público.* (Becerril, 2011)

Por otro lado, el sector privado está conformado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que tienen una cobertura aproximada del 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones privadas como públicas. Lo anterior, sin dejar a un lado que el Estado tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los servicios de salud financiados a través de los impuestos de la población, sin embargo, como se dejó ya

planteado, los ciudadanos en general tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos y privados.

Para el caso en concreto de la PPL, la principal regulación que existe al respecto se trata del reglamento de establecimientos penitenciarios que, en su título tercero, párrafo 2, se encuentra reglamentado este tema. Las cárceles chilenas establecen un modelo de prestación de servicios de salud que prioriza la evaluación interna, y bajo estrictos hechos y reglamentos, se permite la atención en centros asistenciales externos.

Lo anterior, así lo establece el artículo 34<sup>1</sup> del reglamento que dispone que las personas privadas de la libertad y que necesiten atención médica deberán ser atendidas por las “*unidades medicas que existan en el establecimiento penitenciario*”. No obstante, la PPL podrá ser derivada a centros asistenciales exteriores, cuando se cuente con la autorización expresa del Director Regional y cuando el personal médico interno de la cárcel así lo disponga, además deberán acreditar las siguientes circunstancias:

*“a) Casos graves que requieran con urgencia, atención o cuidados médicos especializados que no se pueda otorgar en la unidad médica del establecimiento.*

*En este caso, si la urgencia lo amerita el jefe del Establecimiento podrá autorizar la salida, lo que deberá ser ratificado por el Director Regional, dentro de las 48 horas siguientes;*

*b) Cuando el penado requiera atenciones médicas que, sin revestir caracteres de gravedad o urgencia, no puedan ser prestadas en el establecimiento”. (Artículo 35) (SIC)*

Ahora bien, analizada la normatividad *ibídem*, se estableció que la PPL para ser atendidos en centros asistenciales exteriores, deberán ser enviadas a los establecimientos hospitalarios de la red pública de Chile y que forman parte de los servicios de salud para toda la población del

---

<sup>1</sup> <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=123280>. Reglamento de Establecimientos Penitenciarios. Chile.

territorio. No obstante, de igual forma establece que si el interno desea ser derivado a otro centro asistencial y cuenta con los recursos para financiarlo, el instituto carcelario así lo podrá hacer.

Respecto al término de la duración de la internación del recluso, el artículo 37<sup>2</sup> dispone que deberá ser determinada por el personal médico de la institución carcelaria, y si a bien se considera deberán realizarse evaluaciones periódicas para determinar su tiempo.

En general, el reglamento de establecimientos penitenciarios de Chile determina la regulación vigente y elemental del sistema de salud para la PPL, de la totalidad de los institutos penitenciarios del país, asimismo, establece los principios bajo los cuales actúa y las garantías estatales que se le deben suministrar a los internos, tales como el tratamiento médico sin necesidad de una orden judicial, así como de la atención gratuita en salud, en caso de no tener un seguro en salud.

En Chile, la calidad asistencial esta compuesta por cuatro preceptos básicos:

Beneficencia. Efectividad en el servicio

No maleficencia. Evitar los riesgos

Autonomía. En el sentido de que la atención en salud debe respetar en la medida de lo posible la preferencia del paciente

Justicia. La atención en salud debe ser equitativa, y con enfoque diferencial sin discriminación alguna.

No obstante, se vislumbra que no hay una manera concreta y explícita sobre los derechos que poseen la PPL, como tampoco los mecanismos internos y garantías judiciales a las cuales podría acceder a las prestaciones de salud, ni siquiera ante la negativa o demora en el otorgamiento de dichas prestaciones.

Se resalta que el sistema de atención de salud de la PPL en Chile se basa en unidades de atención médica primaria ubicada en todas las instituciones penitenciarias que, a diferencia del

---

<sup>2</sup> <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=123280>. Reglamento de Establecimientos Penitenciarios. Chile.

modelo de atención en Colombia, la atención básica y primaria no es suficiente para esta población, por lo que se tiene un tercero que presta los servicios a través de la red de prestación de servicios en salud (EPS). Asimismo, se encuentran diversas especialidades médicas para prestar los servicios, empero, se tratan de unidades de asistencia primaria, que, llegado el caso dependiente de la urgencia, requerimientos estructurales y especializaciones, deberán ser atendidas a un centro de servicio externo (Universidad Diego Portales, 2019)

La atención primaria, en primera instancia se realiza a través del personal de enfermería del centro penitenciario, los cuales están divididos en turnos de 24 horas. Cuentan con salas de hospitalización destinadas a los pacientes que se encuentran con tratamientos especializados o bajo observación. Si la enfermería no tiene capacidad de atención, son derivados al médico de turno quien resuelve la situación conforme a la infraestructura de cada instituto carcelario o si bien lo requiere la urgencia, son derivados al servicio externo. (Rebeco, 2011)

Además, la PPL en Chile, en el área metropolitana, cuenta con un único hospital penitenciario, ubicado en el Centro de Cumplimiento Penitenciario Santiago Sur, el cual brinda atención exclusiva a la población privada de la libertad en el área colindante. Dicho establecimiento cuenta con un numeroso personal médico especializado para la atención de los diferentes servicios, a saber:

Urgencias

Medicina Interna

Cirugías menores

Traumatología

Urología

Otorrino

Oftalmología

Psicologo-Psiquiatria

Servicio de Imagenología

Laboratorio clínico

Ecografía.<sup>3</sup>

Ahora bien, además del cuantioso equipo médico y servicios hospitalarios, el hospital cuenta con una red de oxígeno propia y con dos ambulancias para traslados de pacientes, no obstante, a pesar de tener un servicio exclusivo, al existir un solo hospital de atención, las situaciones de urgencia y que no estén dentro del área metropolitana deberán ser atendidos por los centros de servicios exteriores y de la red pública en salud chilena.

Respecto a la atención psiquiátrica y psicológica, en las unidades de atención inmediata dentro de los penitenciarios chilenos, se trata de un tema poco desarrollado por los autores consultados, como quiera que establecen que las trabas institucionales y las derivaciones a los centros asistenciales externos especializados en tratamientos psicológicos y psiquiátricos, no tienen ningún tipo de prioridad.

De acuerdo con el informe de derechos humanos de la PPL en Chile, en las penitenciarias existe un módulo, exclusivamente, para esta población que sufre de trastornos psiquiátricos, en donde solo se generan formulas que contienen medicamentos de control para este tipo de enfermedades, no obstante, no se tiene una atención integral ni un seguimiento a los trastornos. (Universidad Diego Portales, 2019)

Asimismo, este informe estableció que los establecimientos carcelarios, disponen de servicios de odontología primaria, en donde señala que, los tipos de atención mas preventiva y común son las extracciones molarías.

Aunado a lo anterior, el documento también informó que, las principales derivaciones de los internos a la red publica asistencial o al hospital penitenciario, se producen, principalmente por internos que presenten patologías con riesgo vital o que requieran ser hospitalizados, internos que requieren de una especialidad medica que no cuente el hospital penitenciario o las unidades de

---

<sup>3</sup> Tomado de: Universidad Diego Portales – Informa Anual Sobre Derechos Humanos en Chile. 2019.  
[http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2019/10\\_Las\\_personas\\_privadas\\_de\\_libertad\\_y\\_el\\_acceso\\_a\\_prestaciones\\_de\\_salud\\_en\\_las\\_c%C3%A1rceles\\_chilenas.pdf](http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2019/10_Las_personas_privadas_de_libertad_y_el_acceso_a_prestaciones_de_salud_en_las_c%C3%A1rceles_chilenas.pdf)

atención primaria, a su vez, de los internos que requieran recibir tratamiento para el cáncer y pacientes con enfermedades renales crónicas terminales. (Universidad Diego Portales, 2019)

En este punto, resulta necesario hacer una mención breve al plan de acceso universal a garantías explícitas (AUGE) de Chile, que garantiza a la población la cobertura de 80 enfermedades a través de los fondos públicos y privados, el cual no excluye a ninguna persona, máxime que el este país reconoce la salud como un derecho y deber del Estado, al igual que en Colombia.

El AUGE, garantiza la atención de enfermedades respiratorias, intervenciones quirúrgicas, enfermedades crónicas, entre otras, estas garantías se dan con ocasión a una atención y protección integral al paciente durante todo el proceso, es decir, de forma preventiva y durante el tratamiento, hasta su finalización.<sup>4</sup>

Este modelo, se caracteriza por tener 4 pilares fundamentales, los cuales son: acceso a la atención, cumplimiento de los estándares de calidad, oportunidad para las prestaciones en salud en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento; por último la protección financiera para todos los afiliados al sistema.

Sentado lo anterior, en lo que respecta a las dificultades para garantizar el acceso a los servicios de salud a la PPL, la Universidad Diego Portales de Chile, establecieron tres puntos fundamentales:

- La falta de personal médico calificado.
- La falta de infraestructura, de insumos médicos y de medicamentos en los establecimientos carcelarios.
- Dificultad para garantizar derivaciones médicas oportunas a la PPL a centros externos (Universidad Diego Portales, 2019).

---

<sup>4</sup> Tomado de: Chile atiende. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/59692/2/pdf>

Lo anterior, también lo evidencio para el 2013 el INDH de Chile, en donde resaltó que hay una evidente escasez de profesionales de la salud, sobre todo en las unidades penitenciarias primarias, en consecuencia, se debe externalizar todas aquellas prestaciones que la unidad penal no puede proveer, remitiéndolos a la red de salud pública de la zona (INDH, 2013).

En concordancia con las dificultades para el acceso a los servicios de salud y que se establecieron en párrafos anteriores, para la INDH de igual forma evidencia que, si bien el traslado de los reclusos es una solución rápida, no es una respuesta eficaz, toda vez que existen problemas con los tiempos de derivación, todo esto, por las listas de espera y la aplicabilidad de los manuales internos de la institución.

Lo anterior, evidencia que las penitenciarías chilenas se quedan cortas, al momento de prestar la atención especializada necesaria, y que incluso no tienen en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables dentro de estas instituciones (INDH, 2013).

En consecuencia, se trata de dos modelos similares, pero que a su vez presentan características diferentes, de las cuales se resaltan las del modelo de Chile, como quiera que, tiene una estructura de funcionamiento que garantiza de primera mano la atención primaria, de igual forma, abarca la cobertura de toda la PPL, máxime que cuentan con un hospital con atención exclusiva para esta población.

Cabe destacar que, para Colombia, si bien no se tienen garantizadas en su totalidad las estructuras penitenciarias para una atención primaria inmediata, se tiene que resaltar que la PPL obtiene una relevancia jurídica para el Estado, aún más cuando está a su alcance el mecanismo constitucional de la acción de tutela, para ejecutar y condicionar a las instituciones públicas la atención en salud, que, a diferencia del país comparado, no se encuentran tales condiciones similares.

Ahora bien, de conformidad con lo investigado respecto al modelo de atención en salud en Colombia y Chile, se puede establecer que ambos modelos cuentan con una administración mixta, es decir, entre lo público y lo privado, por su parte Colombia la atención se deriva por las EPS



publicas y privadas y en Chile a través del FONASA y el ISAPRES, que en esencia funcionan como aseguradoras de la atención en salud, sin discriminación alguna por su estado social o jurídico.

De lo anterior, se tiene que, la atención para la PPL en Chile, en comparación con el modelo de salud de Colombia para esta población, es similar, toda vez que, ambos se basan en un plan de beneficios establecidos para la atención, sin importar su estatus, calidad social y sin exclusión alguna por la situación jurídica.

En relación con las dificultades de acceso a los servicios de salud, se determina que ambos modelos al ser tan similares, se nutren de los mismos pilares fundamentales, no obstante, existen dificultades de atención, como quiera que, no cuentan con el personal medico calificado o si quiera con el personal necesario, para la atención de la PPL, de igual forma, sobre las excesivas rigurosidades y tramitología administrativa para la obtención de estos servicios.

## Conclusiones

A partir del análisis de la documentación que soporta el modelo de atención en salud en Colombia para el personal privado de la libertad, en el marco del sistema general seguridad social en salud existe complejidad al momento de su afiliación y tramitología en la distribución de los recursos para financiar la prestación de los servicios de salud, lo que dificulta el desarrollo efectivo de la respuesta en salud como derecho fundamental a esta población en particular.

Se evidencia que hay suficiente y amplia normativa internacional respecto del tratamiento mínimo de los derechos humanos para la población privada de la libertad, donde están regidos por los sistemas de protección internacional que, a partir de observaciones y análisis sobre las condiciones en las que se encuentran, obligan a los Estados a garantizar su protección especial partiendo del principio universal de que todos los seres humanos son dignos e iguales ante la Ley, máxime que como se describió, se tratan de elementos vinculatorios para Colombia, al hacer parte del Bloque de Constitucionalidad.

Se avizora que hay una extensa y gruesa compilación de normatividad nacional, que regula la prestación del servicio de salud de la población privada de la libertad, no obstante, muchas de ellas, se encuentran derogadas o reformadas, lo que genera que haya una desinformación al momento de consultarlas.

La Corte Constitucional ha manifestado en numerosas ocasiones a través de la figura del estado de cosas inconstitucionales, que las acciones reglamentarias y jurídicas que el Estado Colombiano han establecido no son suficientes para resolver la clara vulneración de derechos fundamentales de la población privada de la libertad.

No se encuentran indicadores consolidados para valorar la real cobertura y calidad de la atención en el modelo de salud que se presta para la población privada de la libertad en Colombia, en consecuencia, se evidencia que, existe una gran discrepancia entre las recomendaciones y exigencias de la Corte Constitucional y lo que aqueja verdaderamente para

esta población, un modelo de atención en salud accesible para todos y cada uno de los que se encuentren los centros penitenciarios del país.

El Estado Colombiano financia el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de las unidades de pago por capitación, las cuales se fijan en la Ley atendiendo a los criterios de género y edad; que de igual forma es aplicado para la población privada de la libertad, sin diferenciación alguna.

El modelo de atención en salud de los centros penitenciarios de Colombia para la población privada de la libertad involucra la participación de múltiples agentes, mismos que pretenden mejorar la eficiencia del sistema. La organización de este modelo de salud pretende solucionar la necesidad de estructurar un sistema eficiente que garantice la prestación universal del servicio de salud para esta población.

El fondo nacional de salud para la población privada de la libertad, dentro de sus múltiples funciones asignadas tienen los siguientes objetivos: formular políticas, dirigir, orientar, adoptar y evaluar planes, programas y proyectos del sector salud, en materia de salud pública, riesgos laborales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas privadas de la libertad, entre otros que demuestra su importancia como ente modulador del sistema.

Si bien es cierto que en Colombia existe un Plan de Beneficios unificado para el régimen contributivo y régimen subsidiado, sin causal de exclusión alguna para las personas privadas de la libertad, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los regímenes contributivo, exceptuado, subsidiado y especial están a cargo del mismo recluso, pero, la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud se encuentra a cargo del Inpec.

En cuanto a la estructura de los modelos de atención en salud de Colombia y Chile, se evidencia que a pesar de que el desarrollo no se ha dado de la misma manera, se nutren de los mismos pilares y elementos, lo que les permite compartir una estructura semejante, caracterizados por un sistema de salud mixto.

Se evidencia, luego de la identificación de los principales aspectos que constituyen el modelo de atención en salud para la PPL, que Colombia y Chile, aquejan de similares dificultades para la atención en salud, como quiera que, no cuentan con los recursos suficientes para la cobertura total de dicha población.

## Recomendaciones

Una vez analizado el funcionamiento y financiación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad en Colombia, se recomienda lo siguiente:

- La afiliación de los reclusos al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debe realizar directamente la Uspec y, así mismo facilitaría para esta entidad el análisis y actualización de la situación de salud de estas personas a partir de la información que suministran los prestadores de los servicios de salud la cual es remitida por el Sisipec.
- La intervención del órgano legislativo de Colombia, para que organice y sistematice la normatividad actual y vigente del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad en un solo cuerpo normativo, de forma similar como los Decretos Únicos Reglamentarios.
- Desplazar la responsabilidad de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud de la población privada de la libertad en cabeza de la Uspec, toda vez que, generaría un mejor orden en la información, control y prestación de los servicios, de la misma manera se daría cumplimiento a cabalidad a los derechos fundamentales de los penados y la importancia que el Estado les otorga a estas personas.
- Establecer que la distribución de los recursos se realice solamente entre los agentes directos, sin necesidad de terceros, es decir, como la Adres y la Uspec, y que tengan a su cabeza contratar y pagar los servicios autorizados dentro del plan de beneficios en salud.
- Establecer un modelo de auditoria pública consistente que garantice la medición de los niveles de calidad y eficiencia del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad. En el cual, se establezcan los aspectos a mejorar y las recomendaciones finales que garanticen un modelo perdurable y sostenible en el tiempo.

- Generar una política pública que fortalezca el concepto de atención en salud integral, promoción y prevención, de bienestar, educación y apoyo en salud para la población privada de la libertad.

- Eliminar trámites administrativos que entorpezcan la calidad y oportunidad atención en salud y que de esta forma se garanticen los derechos fundamentales de esta población, tales como; la tercerización excesiva de la red de prestadores de salud a cargo de las diferentes entidades públicas para la contratación de los servicios de salud para la PPL.

## Referencias

- Becerril, V. (2011). Sistema de Salud de Chile. *Salud pública de México*, 11-53.
- Bello, A. R. (2016). Cárceles de la muerte: necropolítica y sistema carcelario en Colombia. *Universidad Pontificia Javeriana*, 365-369  
<http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n82/n82a14.pdf>.
- Beltrán, T. (septiembre de 2016). *Vulneración del Derecho a la Salud de Personas Privadas de la Libertad*. Obtenido de <https://www.procuraduria.gov.co/iemp/media/file/sgc/Vulneraci%C3%B3n%20del%20derecho%20a%20la%20salud%20de%20personas%20privadas%20de%20la%20libertad.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (11 de agosto de 2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra.
- Congreso de la República. (20 de enero de 2014). *Ley 1709 de 2014*. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1709\\_2014.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1709_2014.html)
- Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL. (2017). *Fiduconsorcio PPL*. Obtenido de <https://www.fiduprevisora.com.co/consorcio-fondo-de-atencion-en-salud-ppl-2017/>
- Corte Constitucional. (2004). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>.
- Corte Constitucional. (2013). T-388 de 2013. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-388-13.htm>.
- Corte Constitucional T-276 de 2016, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. (s.f.). Sentencia T-276/16. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-276-16.htm>
- Corte Constitucional T-846 de 2013, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. (s.f.). Sentencia T-846/13. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-846-13.htm>
- Corte Constitucional. (1998). T-153 de 1998. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-153-98.htm>.
- Corte Constitucional. (2015). T-762 de 2015. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-762-15.htm>.
- Defensoría del Pueblo. (2010). Informe sobre prestación de servicios de salud en centros penitenciarios y carcelarios de Colombia.

file:///Users/CortesGelvez/Desktop/prestaci%C3%B3n%20de%20servicios%20de%20salud%20en%20centros%20carcelarios.pdf.

Guerrero, g., & A., M. (2012). Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. *Esp Sanid Penit*, 106-113 [http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/06\\_revision2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/06_revision2.pdf).

Hernandez, J., & Mejia, L. M. (2018). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa: un reto para la salud pública. *Facultad Nac Salud Pública*, 132-140 <https://www.redalyc.org/pdf/120/12058127030.pdf>.

INDH. (2013). Estudios de las condiciones carcelarias en Chile . <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/639/Estudio%20general?sequence=4>.

INPEC. (21 de agosto de 2020). *Covid-19 Establecimientos Carcelarios del Orden Nacional*. Obtenido de <https://www.inpec.gov.co/covid-19-establecimientos-inpec>

INPEC. (22 de agosto de 2020). *Población Intramural Nacional*. Obtenido de [http://200.91.226.18:8080/jasperserver-pro/flow.html?\\_afwFlowId=dashboardRuntimeFlow&dashboardResource=/public/DEV/dashboards/Dash\\_Poblacion\\_Intramural&j\\_username=inpec\\_user&j\\_password=inpec](http://200.91.226.18:8080/jasperserver-pro/flow.html?_afwFlowId=dashboardRuntimeFlow&dashboardResource=/public/DEV/dashboards/Dash_Poblacion_Intramural&j_username=inpec_user&j_password=inpec)

Janne, E. (9 de julio de 2019). *La exitosa estrategia de Noruega para transformar a sus criminales en "buenos vecinos"*. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-48900840>

Lyons, Q. J. (2011). La figura del estado de cosas inconstitucionales como mecanismo de protección de los derechos fundamentales de la población vulnerable en Colombia. *Revista Juridica Mario Alario D'Filippo*, 69-81.

Ministerio de Justicia y del Derecho. (24 de noviembre de 2015). *Decreto 2245*. Obtenido de Por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Inst: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto\\_2245\\_2015.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_2245_2015.htm)

Ministerio de Justicia y del Derecho. (3 de noviembre de 2011). *Decreto 4150*. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto\\_4150\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_4150_2011.html)

Ministerio de Justicia y del Derecho. (3 de noviembre de 2011). *Decreto 4151*. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto\\_4151\\_2011.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_4151_2011.htm)

Ministerio de Justicia. (23 de marzo de 2020). *Por medio de la cual se declara el Estado de Emergencia Penitenciaria y Carcelaria en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional del INPEC*. Obtenido de <http://www.suin->



[juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30038994](http://juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30038994)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2 de septiembre de 2016). *Resolución Número 004005*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4005-de-2016.pdf>

Montiel, E. D. (2016). La cárcel: ejercicio del derecho a la salud, un análisis desde la teoría de violencia de J. Galtung. *Universidad Nacional de Colombia*, <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/123456789/746/1/La%20c%3%a1rcel.%20ejercicio%20del%20derecho%20a%20la%20salud%2c%20un%20an%20c%3%a1lisis%20desde%20la%20teor%3%ada%20de%20violencia%20de%20J.%20Galtung.pdf>.

Naciones Unidas. (2004). *Los Derechos Humanos y las Prisiones Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones*. Nueva York y Ginebra.

Olabuenaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación Cualitativa*. España: Deuso.

OMS. (13 de mayo de 2020). *Declaración conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y la ACNUDH sobre la COVID-19 en prisiones y otros centros de detención*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-05-2020-unodc-who-unaid-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>

OMS. (2013). *Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones*. [https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison\\_comp\\_pack\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1).

ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf).

ONU. (1977). *Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/treatmentofprisoners.aspx>.

ONU. (1990). *Principios básicos para el tratamiento de los reclusos*. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>.

ONU. (2004). *Los derechos humanos y las prisiones*. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training11sp.pdf>.

PGN. (2016). *Vulneración del derecho a la salud de personas privadas de la libertad*. <https://www.procuraduria.gov.co/iemp/media/file/sgc/Vulneraci%C3%B3n%20del%20derecho%20a%20la%20salud%20de%20personas%20privadas%20de%20la%20libertad.pdf>.

- PIDESC. (1966). Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> .
- Piñeros, V. H. (2014). Diagnóstico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional. *Universidad Nacional de Colombia* , <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/47662/5599357.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Rebeco, B. d. (2011). Diseño y construcción de un instrumento de medición de la calidad de atención de salud. *Universidad de Chile* , 50-75.
- Sanchez, L., Bonilla, F. & Martinez M. (2017). *Caprecom una historia sin contar*. Obtenido de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15370/1/CAPRECOM%20UNA%20HISTORIA%20SIN%20CONTAR..pdf>
- Universidad Diego Portales. (2019). Informe anual sobre derechos humanos en Chile. *Centro de derechos humanos, facultad de derecho* , 50.
- Velez, E. S., & Escobar, R. M. (2016). Sentencia de la Corte Constitucional T-762 de 2015, de dieciséis (16) de diciembre de dos mil quince (2015), sobre estado de cosas inconstitucional en el sistema penitenciario y carcelario en Colombia M.P Gloria Stella Ortiz Delgado. *Revista Nuevo Foro Penal*, 224-251 <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/nuevo-foro-penal/article/view/4362/3646>.