



Bogotá, D.C.

Magistrada

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Presidente

Sala Especial de Seguimiento a las Sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015

Corte Constitucional

seguimientocarceles@corteconstitucional.gov.co

Ciudad

Referencia: Respuesta al Auto de 10 de septiembre de 2021

Honorable Magistrada Ortiz:

Reciba un cordial saludo. Desde la notificación del auto, el Comité Interdisciplinario para la estructuración de las normas técnicas sobre la privación de la libertad, ha venido realizando los ajustes requeridos, analizando las consideraciones emitidas por la Corte Constitucional y trabajando en la estructuración de las órdenes allí contempladas.

En consecuencia, el Comité da respuesta a lo ordenado de la siguiente manera:

1. ENTREGA DE FICHAS TÉCNICAS - Cumplimiento de la orden primera del Auto del 10 de septiembre de 2021 (orden segunda Auto 428/2020):

En lo que respecta a la entrega de las fichas técnicas de forma completa, accesible y disponible, con base en el fundamento jurídico 4 de la providencia del 10 de septiembre de 2021, el Comité habilitó el vínculo correspondiente para la visualización de las fichas técnicas (**Batería Final de Indicadores Corregida**) de los indicadores de los siguientes numerales: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13; 1.14 y 3.3.

2. AJUSTES EN BATERIA DE INDICADORES - Cumplimiento de la orden segunda del Auto 10 del septiembre de 2021 (orden segunda Auto 428/2020):

Es importante reiterar que, de acuerdo con la metodología y numeración de los indicadores realizada por la Sala Especial de Seguimiento en el anexo denominado “*valoración de la batería de indicadores*”, remitido con el Auto 428 de 2020, el Comité adicionó una columna a la nueva batería (**Batería Final de Indicadores Corregida**) nombrada “*código corte*”. Esta convención, permite hacer una correlación directa con el indicador ajustado y la numeración otorgada por la Corporación en el citado anexo.

En el mismo sentido, la columna L de la matriz (**Batería Final de Indicadores Corregida**) permite identificar el estado del indicador. Adicional a esto, se incorporaron los ajustes a los que hubo lugar y que fueron discutidos y aprobados por el Comité. Resulta importante destacar que, de acuerdo con la lógica propia de las normas técnicas, la modificación de cada uno de los indicadores conllevó a la corrección de su respectiva ficha técnica.

En la siguiente tabla se discrimina el número de indicadores modificados por componentes:

| | COMPONENTE | No. indicadores modificados |
|----|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Salud | 15 |
| 2. | Infraestructura | 19 |
| 3. | Alimentación | 2 |
| 4. | Servicios públicos | 4 |
| 5. | Acceso administración de justicia | 5 |
| | TOTAL | 45 |

Como se observa, el Comité acogió las recomendaciones realizadas por la Corporación,



modificando los indicadores en cada uno de los ejes que representan los mínimos constitucionalmente asegurable; sin embargo, aquellos indicadores que se dejaron igual cuentan con su respectiva justificación, como se expone a continuación:

- a. **Eje del derecho a la salud:** A continuación, se registra la justificación de los indicadores 2.7, 2.11, 2.12 y 2.13 sobre las personas privadas de la libertad afiliadas al régimen contributivo.

Es menester hacer claridad respecto de las competencias asignadas al INPEC y a la USPEC en el marco de la prestación y garantía del servicio de salud de las personas privadas de la libertad que se encuentran en los establecimientos a cargo del INPEC, para después concluir que la obligación de reportar la información del régimen contributivo corresponde a cada una de las EPS e IPS que prestan los servicios a esta población según su régimen de afiliación.

COMPETENCIAS DE INPEC PPL AFILIADA CONTRIBUTIVO

| AFILIACION EN SALUD PPL A CARGO DEL INPEC EN ESTADO INTRAMURAL | | | |
|--|--------------|-----------|-------|
| BDEX | CONTRIBUTIVO | FONDO PPL | TOTAL |
| 1002 | 7837 | 88776 | 97615 |

Fuente GRUAS-SUBAS corte 16/09/2021

En el cuadro anterior se demuestra que al interior de los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC el 91% equivalente a 88.776 Personas Privadas de la Libertad, cuenta con cobertura en salud a través del Fondo de salud PPL, es de anotar que los prestadores que atienden esta población son contratados a través de los recursos del FONDO por una fiduciaria contratada por la USPEC, por esta razón se cuenta con la información para alimentar la batería de indicadores establecidos y aprobados por la corte constitucional.

El restante 9% equivalente a 8.839 Personas Privadas de la libertad se encuentran afiliadas al Sistema general de seguridad social en salud en los regímenes contributivo y exceptuado, lo anterior obedeciendo a lo estipulado por en las resoluciones 5512 y 4005 del 2016, siempre y cuando cumpla con las obligaciones que les exige estar en dichos regímenes.

Es importante resaltar que la prestación de los servicios de salud de este 9% de personas que se encuentran recluidas en nuestros 131 establecimientos de reclusión y son atendidas por 38 empresas aseguradoras de plan de beneficios (relacionadas a continuación), y por infinidad de Instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel nacional según contratos vigentes por dichas EAPB.

| ASEGURAMIENTO EN SALUD | INTRAMURAL | |
|---|------------|--------------|
| | BDEX | CONTRIBUTIVO |
| EPS - EAPB | | |
| ECOPETROL | 4 | |
| FUERZAS MILITARES | 456 | |
| MAGISTERIO | 190 | |
| NUEVA EPS S.A. | | 1286 |
| NUEVA EPS S.A. -CM | | 68 |
| POLICIA NACIONAL SANIDAD | 349 | |
| UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA | 1 | |
| UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA | 2 | |
| ALIANSA SALUD EPS S.A. | | 34 |
| ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS" - | | 32 |



| ASEGURAMIENTO EN SALUD | INTRAMURAL | |
|--|-------------|--------------|
| | BDEX | CONTRIBUTIVO |
| EPS - EAPB | | 0 |
| CM | | |
| ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA "DUSAKAWI A.R.S.I." -CM | | 1 |
| ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI -CM | | 3 |
| ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS | | 6 |
| ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM | | 7 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | | 430 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR" -CM | | 17 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE" -CM | | 2 |
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE DE LA GENTE" | | 147 |
| CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." -CM | | 23 |
| COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A." | | 408 |
| COOSALUD EPS S.A. | | 10 |
| COOSALUD EPS S.A. -CM | | 52 |
| ECOOPSOS EPS SAS -CM | | 2 |
| EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN - DEPARTAMENTO MEDICO | | 1 |
| EMSSANAR S.A.S. -CM | | 28 |
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA -CM | | 16 |
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI -CM | | 4 |
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | | 1096 |
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. | | 340 |
| EPS FAMISANAR S.A.S. | | 752 |
| EPS SURAMERICANA S.A. | | 1342 |
| FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES | | 10 |
| MEDIMAS EPS S.A.S. | | 221 |
| MEDIMAS EPS S.A.S. -CM | | 4 |
| SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | | 1456 |
| ASMET SALUD EPS S.A.S. -CM | | 19 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIARCAJACOPI ATLÁNTICO -CM | | 8 |
| FUNDACIÓN SALUD MIA | | 12 |
| TOTAL GENERAL | 1002 | 7837 |
| | 8839 | |

Fuente GRUAS-SUBAS corte 16/09/2021

Se hace necesario revisar la norma que rige la atención en salud de la PPL a cargo del INPEC en cumplimiento a la Ley 1709/2014:

Decreto 2245 de noviembre 2015, artículo 2.2.1.11.1.1. Objeto y ámbito de aplicación Parágrafo. "La población privada la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos reclusión, deberán recibir obligatoriamente los servicios asistenciales a través del esquema de prestación de servicios de salud definido en presente capítulo y conforme al Modelo de Atención en Salud que se adopte. Este Esquema prevalecerá sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a los regímenes exceptuados o especiales, sin perjuicio



la obligación de cotizar definida por la ley, según su condición. Cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en que realice una persona privada de libertad servirán para garantizar la cobertura del Sistema a su grupo familiar en los términos definidos por la ley y sus reglamentos”.

Decreto 1142 de julio de 2016. Artículo 2.2.1.11.1.1. Objeto y ámbito de aplicación. Parágrafo. *“La población privada de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, deberán recibir los servicios a través del esquema de prestación de salud definido en el presente capítulo y conforme al Modelo Atención en Salud que se adopte”.*

“La población privada de la libertad que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, conservará su afiliación y la de su grupo familiar mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para pertenecer a dichos regímenes en los términos definidos por la ley y sus reglamentos y podrá conservar su vinculación a un Plan Voluntario de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales y la deberán adoptar los mecanismos financieros y operativos, para viabilizar lo dispuesto en el presente inciso, respecto de la atención intramural de los servicios de salud de la Población Privada la a cargo INPEC”

Es importante entonces tener claro que hasta el 14 de julio de 2016 la norma obligaba a que todas las personas privadas de la libertad tuvieran atención en salud a través de los recursos del Fondo Nacional de Salud para la PPL, a partir del 15 de julio de 2016 y hasta la fecha tiene vigencia el Decreto 1142 que permite que la PPL afiliada a los regímenes contributivo y de excepción mantengan la afiliación a sus EAPB, por esta razón no es posible la atención integral de estas personas a través del prestador de salud intramural y las normas en salud son **vinculantes** cuando se trata de la atención a PPL afiliada al régimen contributivo.

EL Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.1.1.3 Define (...) 5. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Las EAPB están bajo inspección vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, según lo establecido Decreto 2462 de 2013 ARTÍCULO 121. SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud: • 121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

La Superintendencia nacional de Salud adelanta esta función mediante:

Inspección: Conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica.

Vigilancia: Atribución de la SNS para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia



de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.

Control: Atribución de la SNS para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

En virtud de la normatividad citada la competencia de seguimiento a la gestión de servicios de salud de la PPL afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de los regímenes contributivo y de excepción es de la Superintendencia Nacional de Salud y para tal fin la entidad tiene definidos y estandarizados diferentes procesos a través de la Circular Única, acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos:

- Recopilar, modificar y actualizar todas Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Facilitar a los destinatarios de su misión de inspección, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instrucciones expedidas por esta Superintendencia.
- Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia.

Así las cosas, la competencia del INPEC con la PPL en salud está definida en el Decreto 1142 de 2016 en el ARTÍCULO 8.- Modifíquese el artículo 2.2.1.11.3.3 del Decreto 1069 de 2015, el cual quedará así: "**ARTÍCULO 2.2.1.11.3.3. Funciones del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC. En desarrollo de las funciones previstas en el Decreto-ley 4151 de 2011 y demás leyes que fijen sus competencias, corresponde al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), en relación con la prestación de los servicios de salud de la población privada de la libertad: aparte 3. "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, de conformidad con los artículos 2.2.1.11.4.2.3 y 2.2.1.11.4.2.4 del presente capítulo, y realizar las acciones para garantizar la efectiva referencia y contrarreferencia"**.

Teniendo en cuenta lo anterior, sugerimos respetuosamente que, la Corte vincule directamente a las EPS a las cuales se encuentran afiliados los PPL en los diferentes ERON, debido a que el INPEC no tiene el acceso a la fuente del dato por lo que cada EPS-IPS maneja su propio sistema de información que contiene las atenciones en salud de los PPL afiliados a sus entidades, no podemos ser los responsables de solicitar esta información a las EPS ya que legalmente no existe en la norma la forma de requerirla y que sea entregada, máxime cuando la información respecto de la historia clínica es del ámbito de la intimidad del paciente, por lo cual obtiene el carácter de reservada y deberá ser con orden judicial que podrá ser requerida.

Desde el INPEC se garantiza el tema logístico para el acceso a los servicios de salud de toda la PPL sin distinción ni discriminación por el tema de cobertura en salud y se continuará realizando esta actividad, dando cumplimiento al procedimiento creado para este fin cuyo objeto es establecer las actividades que permitan garantizar el acceso oportuno de la atención en salud extramural a la PPL de los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC que pertenecen al régimen contributivo o excepcional.

Cada 8 días la Subdirección de Atención en salud del INPEC, realiza los respectivos cruces de bases de datos entre la información contenida en el SISIEPEC (sistema de información del INPEC) con las bases de datos de Ministerio de Salud en aras de



identificar la afiliación de los PPL en el Sistema General de Seguridad Social En Salud SGSSS. Base de datos que son anexadas en el indicador 2.1 de la batería de indicadores y que se encuentra a disposición en el INPEC en el momento que la corte lo requiera y donde se evidenciará la identificación de cada PPL, establecimiento donde se encuentra y EAPB a la que se encuentra afiliado.

b. Eje de infraestructura carcelaria: A continuación, se presenta la justificación de cada uno de los indicadores que no tuvo ajustes y que pertenecen a este eje.

- **Indicador 3.12:** Se propone fusionar este indicador con el 3.4 en razón de lo siguiente:

133. Ahora bien, sobre las dimensiones de los sitios de alojamiento es preciso aclarar que estos, conforme las recomendaciones de la CICR, debe estructurarse con una “distancia mínima entre las paredes de las celdas (...) de 2,15 m, y el techo debe estar a por lo menos 2,45 m de alto.”¹

El indicador al respecto será el porcentaje de población privada de la libertad que habita una celda que conserva los mínimos espaciales para el alojamiento, frente a la totalidad de la población carcelaria. El primer número se multiplica por 100, y el resultado se dividió entre la población carcelaria total, bien sea del país o del establecimiento penitenciario.

- **Indicador 3.13:** Este indicador no fue objeto de modificación debido a que cumple con lo referido en la sentencia T-762 de 2015, en el entendido que:

134. Otro factor que debe tenerse en cuenta en la consolidación de los espacios de alojamiento es la ventilación. Se propicia a través de aberturas que deben constituir el 10% de la superficie del área de la celda, y que deben contar con mecanismos que impidan el paso del frío en la noche, conforme las condiciones climáticas de la zona en la que se encuentra el establecimiento penitenciario. Las mismas aberturas deben asegurar la entrada de luz natural a la celda.

El indicador al respecto será el porcentaje de personas privadas de la libertad que habitan una celda con ventilación adecuada, frente a la totalidad de la población carcelaria. El primer número se multiplica por 100, y el resultado se divide entre la población carcelaria total, bien sea del país o del establecimiento penitenciario. La operación se efectúa tal como en el ejemplo del fundamento jurídico 133.

- **Indicador 3.14:** En lo que respecta a este indicador, corresponde a un plus adicional a fin de conocer cuáles celdas poseen una ventilación óptima. Por lo anterior, se sugiere que sea trabajado de manera independiente.

3. DISEÑO E INCLUSIÓN A LA BATERIA DE NUEVOS INDICADORES - Cumplimiento de la orden tercera del Auto del 10 de septiembre de 2021 (orden cuarta Auto 428/2020):

En concordancia con el fundamento 38 del Auto 428 de 2020 y el fundamento 8 del Auto del 10 de septiembre de 2021, el Comité Interdisciplinario analizó los aspectos adicionales que requerían medición y estructuró quince (15) nuevos indicadores con sus respectivas normas y fichas técnicas.

En la siguiente tabla se discrimina el número de nuevos indicadores exigidos, discriminados por componentes:

| | COMPONENTE | No. indicadores creados |
|----|-----------------|-------------------------|
| 1. | Resocialización | 4 |

¹ Corte Constitucional. Sentencia de Tutela T-762 de 2015. Magistrada sustanciadora: GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO



| | | |
|--------------|-----------------------------------|-----------|
| 2. | Salud | 0 |
| 3. | Infraestructura | 1 |
| 4. | Alimentación | 0 |
| 5. | Servicios públicos | 7 |
| 6. | Acceso administración de justicia | 3 |
| 7. | Política criminal | 0 |
| TOTAL | | 15 |

Resulta importante señalar que, las áreas responsables de cada una de las entidades que conforman el Comité, desarrollaron por separado los indicadores, los cuales fueron modificados y aprobados en las sesiones realizadas. De la misma manera, se tuvo en cuenta la información disponible y la asignación en la medición de éstos a cada una de las entidades responsables.

En este sentido, en los mínimos constitucionalmente asegurables de salud, infraestructura y alimentación, no se crearon los indicadores sugeridos por la Corte, teniendo en cuenta los siguientes argumentos:

Componente de servicios públicos: Frente al indicador que la Corte sugiere crear para medir las condiciones de higiene y salubridad en los establecimientos de reclusión, es preciso aclarar que el indicador 5.1 busca medir “% de Establecimientos que cumplen con el Plan Integral de Gestión Ambiental (PIGA) de acuerdo al manual establecido por el INPEC”, abarca las condiciones de higiene y salubridad de los ERON, cumpliendo con el requerimiento de la Corte.

Componente del derecho a la salud: En atención al oficio del asunto, con el cual requiere al Comité Interdisciplinario para la Elaboración de las Normas Técnicas de Vida en Reclusión para el cumplimiento del Auto 428 de 2020, a fin de dar cumplimiento a la orden segunda del mismo, en lo que respecta a la entrega de las fichas técnicas de forma completa, accesible y disponible, haciendo hincapié en materia de salud, que en la mayoría de los indicadores planteados se incluya a las personas privadas de la libertad afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, en los regímenes contributivo, especial y de excepción; respetuosamente nos permitimos dar respuesta en los siguientes términos:

Al respecto, el Decreto 1069 de 2015, único reglamentario del Sector Justicia, cuyo Capítulo XI norma lo establecido en los Artículos 65 y 66 de la Ley 1709 de 2014, establece la siguiente consideración sobre el acceso a la salud de las PPL:

“Artículo 2.2.1.11.1.1. Objeto y ámbito de aplicación. (...) Parágrafo. “La población privada de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, deberán recibir los servicios a través del esquema de prestación de salud definido en el presente capítulo y conforme al Modelo Atención en Salud que se adopte.”

La población privada de la libertad que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, conservará su afiliación y la de su grupo familiar mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para pertenecer a dichos regímenes en los términos definidos por la ley y sus reglamentos y podrá conservar su vinculación a un Plan Voluntario de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales y la deberán adoptar los mecanismos financieros y operativos, para viabilizar lo dispuesto en el presente inciso, respecto de la atención intramural de los servicios de salud de la Población Privada la a cargo INPEC”.

Bajo este entendido, la garantía del derecho a la salud de las PPL, se encuentra en cabeza de varios actores quienes aseguran o cubren a la PPL según correspondan; esto es: aseguramiento por parte de las EPS y las entidades que administran otros regímenes y aquellas PPL cubiertas por el Fondo Nacional de Salud.



Ahora bien, con referencia al Fondo Nacional de Salud, la USPEC recibe por cuenta de la Ley 1709 de 2014 nuevas responsabilidades en materia de salud, las cuales se establecen particularmente sobre la tenencia y obligación de disponer a título del Fondo, los recursos que le asigne el Ministerio de Hacienda del Presupuesto General de la Nación, en una Entidad Fiduciaria con la que la USPEC suscriba un contrato de fiducia mercantil.

Es decir, que la USPEC recibe la responsabilidad de firmar un negocio fiduciario para la administración de los recursos del Fondo, en el cual funge como FIDEICOMITENTE con todo lo que ello implica, salvo porque las decisiones no son libres, sino que dependen de las directrices que imparta el Consejo Directivo del citado Fondo.

En ese sentido, las competencias de la USPEC se suscriben a contratar y supervisar la entidad fiduciaria administradora del Fondo Nacional de Salud así mismo, debe ejercer también auditoría y evaluación a la correcta utilización de los recursos, en pro de la salud de las PPL a cargo del INPEC. Por lo cual, la única información susceptible y de competencia para suministrar, será la que maneje, consolide y analice la Entidad Fiduciaria, de los prestadores de servicios de salud, operadores logísticos y de apoyo diagnóstico y complementario, así como de todos los proveedores que contraten con cargo a los recursos del Fondo en cuestión.

Ahora bien, con referencia a la PPL que se encuentra afiliada a los distintos regímenes del SGSSS, es importante precisar que la Ley 1122 de 2007, estableció en el Artículo 14, sobre la Organización del Aseguramiento, que se hace referencia a la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Por lo cual, las Entidades Promotoras de Salud -EPS en cada régimen, son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Actividades dentro de las que se encuentra evidentemente, la recolección, consolidación, validación, análisis, administración y reporte, de la información sobre la situación de salud de sus asegurados.

Dado lo anterior, sobrepasa evidentemente la competencia legal y normativa de la USPEC, las actividades relativas al reporte de la información para la sustentación de los indicadores establecidos en las fichas técnicas, con relación a la PPL afiliada al SGSSS.

Teniendo en cuenta lo anterior, sugerimos respetuosamente que la Corte vincule directamente a las EPS a las cuales se encuentran afiliados los PPL en los diferentes ERON, debido a que ni la USPEC ni el INPEC tienen a la información de los PPL afiliados a esas entidades, y en ese sentido, no es dable para la USPEC ni el INPEC hacerse responsables de solicitar ni reportar información de estas PPL, por cuanto, como se expuso, corresponde a las EPS. Lo anterior, además porque legalmente no existe la forma en la que una entidad adscrita al SECTOR JUSTICIA cuyo objeto y misión se encuentra enmarcada precisamente en esa dinámica, pueda requerir y reportar información que sobrepase sus competencias, máxime cuando la información respecto de la historia clínica es del ámbito de la intimidad del paciente, por lo cual obtiene el carácter de reservada, según lo dispuso la Resolución 1995 de 1999, modificada parcialmente por la Resolución 839 de 2017.

Ahora bien, es importante aclarar que cuatro (4) de los indicadores establecidos si incluyeron a toda la PPL, indistintamente de sus derechos de afiliación o cobertura en salud, dado que el objetivo de éstos, no incluye en la tenencia y reporte de información precisa sobre la situación de salud, sino que corresponden a dinámicas logísticas, informativas poblacionales, como lo son los siguientes:

2.2. Debido a que este indicador establece la medición del total de personas aisladas ante la aparición o sospecha de contagio por algún evento de interés en salud pública -EISP infectocontagioso, y por ende, el aislamiento se da independientemente de su estado de afiliación, por cuanto, cualquier persona contagiada o con sospecha, es un riesgo potencial de contagio masivo dado que la PPL se encuentra confinada.



2.4. En razón a que el Examen de Ingreso de que trata este indicador, es relativo al Sistema Penitenciario y Carcelario, es decir que es un proceso único propio de este sistema, por lo cual es transversal al aseguramiento o cobertura en salud de la PPL.

2.19 y 2.20. Comoquiera que toda urgencia que se presente al interior de un ERON, debe ser atendida y evaluada por el primer respondiente, en este caso el personal de salud intramural, a fin de definir si debe ser trasladado o no a la red complementaria y de mayor complejidad a la oferta intramural. Por lo cual, la atención inicial de urgencias, de que trata el Modelo de Atención en Salud (Res. 3595 de 2016), se le garantiza a toda la PPL, sin reparo en sus condiciones de afiliación o cobertura en salud.

Así las cosas, desde la USPEC se continuará liderando el reporte de la información que deba sustentar los indicadores de nuestra competencia, en coordinación estricta y permanente con el INPEC, de las personas privadas de la libertad a cargo del INPEC, que se encuentren cubiertas por el Fondo Nacional de Salud, dentro de los términos y cohortes establecidas en las fichas técnicas de cada uno, sobre la medida anual de reporte, independientemente del día de inicio del reporte así como de entrega del mismo.

Es decir, que los reportes anuales se tomarán con corte al 31 de diciembre de cada año, los semestrales con corte al 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, los trimestrales, con corte al 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre, y así sucesivamente, para cada ciclo de reporte.

Valga precisar también que, para el caso de los indicadores 2.11, 2.12 y 2.13 en los que se nos requirió modificar la norma técnica, estos indicadores deben ser vistos como uno sólo con los que se pretende medir el proceso de atención en salud a las PPL y su efectividad y oportunidad, según lo requerido, por lo tanto, la norma técnica en los tres (3) es la misma.

Ahora bien, se dejan los tres (3) indicadores por separado, comoquiera que el proceso de atención en salud se debe medir en tres momentos, no sólo por la precisión que se requiere, sino porque los intervinientes, actores y responsables son diferentes, y se debe medir la gestión de la generación de la autorización, el agendamiento y la materialización, de manera independiente, eso sí, basados en el mismo número desde el inicio, a fin de establecer al final un dato claro que permita analizar la efectividad y oportunidad del Sistema de Salud Penitenciario.

Por otro lado, se retira la condición establecida en el indicador 2.16 sobre la atención odontológica, el cual establecía que la misma debía darse en un término no mayor a tres (3) días hábiles de la solicitud, sin embargo, este término no es posible por cuanto no se encuentra acorde con los tiempos logísticos propios del Sistema Penitenciario y Carcelario del País, situación que incluso fue tenida en cuenta por la norma que en materia de salud se estableció para el diseño de un modelo de salud particular, comoquiera que la medición con la cual se evalúa la oportunidad en el SGSSS, no podrá ser la misma en el Sistema Penitenciario.

Lo anterior, dado que en los ERON el garante del acceso al servicio de salud es el INPEC, y por ende depende de los protocolos de seguridad que ha establecido en cada ERON, basado en el perfil de seguridad de cada ERON, Patio o Pabellón, en los cuales se garantizan por determinados tiempos y espacios el acceso a las consultas ambulatorias. Tal es el caso, por ejemplo, del Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Bogotá -COBOG, en el cual, cada día se dispone por seguridad que un pabellón tenga acceso a la consulta, pero en este existen evidentemente como en otro ERON, más de tres (3) días hábiles lo cual haría imposible el cumplimiento de consulta con dicho término.

Finalmente, con referencia a los tres (3) indicadores que solicita la Corte Constitucional sean creados adicionales a la batería establecida, presentamos la presente justificación uno por uno, así:

-Indicador de suficiencia de personal de salud en los ERON:



Con referencia a la creación de este indicador, como resultado del análisis técnico desarrollado por la USPEC y el INPEC de manera conjunta y coordinada, se tiene que no es necesaria la misma, como quiera que en Salud no es dable exigir un número de personas mínimo profesionales o técnicos en áreas de la salud, por cuanto la medición del servicio se da en términos de garantía del mismo más no en cantidad de personal y es el prestador de servicios desalud quien con base en el análisis técnico que realice, el responsable de evaluar con cuanto personal cubre las actividades requeridas por cada servicio.

Ahora bien, el servicio de salud intramural ya se encuentra medido en diferentes indicadores de los establecidos en la batería, por lo cual se daría cumplimiento a lo exigido y además, estaríamos en línea con el proceso de atención en salud y con los procedimientos y rutas contenidas en dicho proceso.

-Indicador de suficiencia de instrumentos y suministros en los ERON:

Con referencia a la creación de este indicador, como resultado del análisis técnico desarrollado por la USPEC y el INPEC de manera conjunta y coordinada, se tiene que no es necesaria la misma, como quiera que por cuenta de la normatividad vigente incluida en los contratos de prestación de servicios del personal de salud, los médicos, odontólogos y enfermeras deben contar con sus propios instrumentos y suministros básicos, para la prestación del servicio (instrumental, equipo de órganos, fonendoscopio, tensiómetro, guantes, mascarilla quirúrgica, entre otros).

-Indicador para la realización de citologías:

Con referencia a la creación de este indicador, como resultado del análisis técnico desarrollado por la USPEC y el INPEC de manera conjunta y coordinada, se tiene que no es necesaria la misma, como quiera que este servicio según la ruta de atención establecida, debe ser requerido mediante autorización de servicios y por ende, se integra dentro de la medición junto con los muchos servicios que se prestan bajo autorización, en los indicadores preestablecidos para la evaluación de la efectividad y la oportunidad frente a las autorizaciones.

Componente de infraestructura:

- Indicador sobre espacio mínimo de reclusión para las personas en situación de discapacidad, se explica lo siguiente:

Teniendo en cuenta que el atributo de área de disfrute al interior de un establecimiento de reclusión del orden nacional (en adelante, ERON) para la población privada de la libertad (en adelante, PPL) se establece como mínimo en 20m², de acuerdo a la sentencia T-762 de 2015, la cual fue determinada bajo los lineamientos del CICR, se fundamenta según la tasa de ocupación de un establecimiento la cual se justifica por el “número total de detenido que se puede albergar cumpliendo con los requisitos mínimos (incluido una gama completa de servicios) especificados de antemano, en términos de área de suelo por recluso o por grupo de reclusos, incluido el espacio de alojamiento” .

Que de acuerdo a lo anterior el área mínima por PPL no se discrimina en personas con movilidad reducida (PMR) o no, en la medida en que el establecimiento debe generar los servicios básicos y garantizar la accesibilidad necesaria dentro de todas las áreas de servicio al PPL.

- El porcentaje de personas privadas de la libertad que se encuentran reclusas en una celda que cuente, al mismo tiempo, con todas las condiciones mínimas de infraestructura, esto es, el espacio mínimo entre suelo y techo, el espacio mínimo entre paredes, la ventilación adecuada y el área mínima dentro de la celda.

Si bien se entiende que el mero cumplimiento individual de cada uno de los atributos: distancia entre paredes, piso a techo, ventilación, etc., no son suficientes para medir el cumplimiento de un derecho, sí mide, en su conjunto, un mínimo constitucionalmente asegurable, para el cual, a efectos de identificación específica de brechas, es importante conocer cuántas celdas cumplen



con cada uno de estos atributos, esto considerando que al agruparse, podría existir un potencial incumplimiento de alguno de ellos, lo que generaría un atributo binario en el cual no se conocería la condición específica que lo genera. Ahora bien, la metodología de captura de información permitirá valorar cada atributo individual y al mismo tiempo, en conjunto a cada celda, por lo que la disposición final de la información permitirá hacer una medición individual y agrupada por celda y a su vez, una medición de la cantidad de PPL que goza de estas características en la celda de manera integral.

- De acuerdo con lo considerado en la ficha de valoración **3.8** (ver anexo) es necesario medir las condiciones de suficiencia y calidad del servicio de duchas, en un indicador que agregue (i) el número de internos por ducha, (ii) el acceso a ellas las 24 horas del día y (iii) la superficie mínima del cubículo de la ducha.

En concordancia con la justificación del elemento anterior, si bien se entiende que el mero cumplimiento individual de cada uno de los atributos: buen funcionamiento, el estado, el área mínima, la suficiencia y la disposición las 24 horas del día de las duchas no son suficientes para medir el cumplimiento de un derecho, sí mide, en su conjunto, un mínimo constitucionalmente asegurable, para el cual, a efectos de identificación específica de brechas, es importante conocer cuántas duchas cumplen con cada uno de los atributos, esto considerando que al agruparse, podría existir un potencial incumplimiento de alguno de ellos, lo que generaría un atributo binario en el cual no se conocería el atributo específico que lo genera. Ahora bien, la metodología de captura de información permite valorar cada atributo individual y al mismo tiempo, en conjunto a cada ducha, por lo que la disposición final de la información permitirá hacer una medición individual y agrupada por ducha, así como la suficiencia de aquellas que cumplen con estas características como un todo.

- Es necesario diseñar un indicador agregado que dé cuenta de los mínimos para las celdas de visita íntima, y que debe integrar la información contenida en los indicadores **3.15, 3.16, 3.17 y 3.19**

Con el fin de no reiterar la misma justificación técnica de los anteriores requerimientos, la metodología de captura de información permite valorar cada atributo individual y, al mismo tiempo, en conjunto, a cada celda de visita íntima, por lo que la disposición final de la información permitirá hacer una medición individual y agrupada por celda, así como la suficiencia de aquellas que cumplen con estas características como un todo.

- Es necesario diseñar un indicador agregado que dé cuenta, de manera simultánea e integrada, de los mínimos para los servicios sanitarios previstos en los indicadores **3.21, 3.22 y 3.23**.

Con el fin de no reiterar la misma justificación técnica de los anteriores requerimientos, la metodología de captura de información permite valorar cada atributo individual y, al mismo tiempo, en conjunto, a cada batería sanitaria, por lo que la disposición final de la información permitirá hacer una medición individual y agrupada por celda, así como la suficiencia de baterías sanitarias que cumplen con estas características como un todo.

- Eliminación del indicador 3.33: % de personas privadas de la libertad intramural en calidad de sindicado con respaldo financiero de la respectiva entidad territorial.

Respecto a este indicador, se considera viable y pertinente su eliminación, pues dentro de las entidades que lo integran, no se encuentra ninguna entidad territorial, y como bien lo mencionan los artículos 14 y 17 de la Ley 65 de 1993, los condenados son competencia de las entidades de la Nación, mientras que los sindicados, lo son de las entidades territoriales, razón por la cual consideramos que no es oportuno crear un indicador sobre el cual no tenemos el completo dominio del asunto.

Componente de alimentación:

Frente al indicador que la Corte sugiere crear, relacionado con la implementación del ciclo de menús en los establecimientos de reclusión, le informamos que no fue acogida la recomendación,



teniendo en cuenta la existencia del indicador 4.9 el cual indica el porcentaje de personas privadas de la libertad que reciben alimentación de acuerdo con el menú, cuya fórmula de medición es el número de personas privadas de la libertad que reciben alimentación de acuerdo al ciclo de menús / el número de personas privadas de la libertad que reciben alimentación en el ERON a excepción de los que requieren una dieta especial por motivos diferenciales o terapéuticos * 100.

En mérito de las consideraciones expuestas, el Comité Interdisciplinario para la Estructuración de las Normas Técnicas para la Privación de la Libertad, da por respondido el auto de la referencia y queda atento a cualquier inquietud o requerimiento que la Sala realice al respecto.

Cordialmente,

CLAUDIA CHICAIZA RUIZ
Defensora Delegada para la Política
Criminal y Penitenciaria
Defensoría del Pueblo

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ CHAVES
Director de Política Criminal y Penitenciaria
Ministerio de Justicia y del Derecho

Tramitado y proyectado por: Comité Interdisciplinario para la estructuración de normastécnicas sobre privación de la libertad. 28/09/2021.