

IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA - PPL

Versión Final

12/05/2017

La versión recoge los aportes, observaciones y aclaraciones solicitadas por las instancias competentes así:

- 1. Post- exposición USPEC/INPEC/MINJUSTICIA/**
- 2. Reunión en Presidencia de la República con todos los involucrados Marzo 16.**
- 3. Consejo Directivo del Fondo de Salud para la PPL de marzo 27**
- 4. 3 Reuniones con el Dr. M. Iregui entre el 1º. Y el18 abril/**
- 5. Consejo Directivo del Fondo de Salud para la PPL 25 de Abril**
- 6. Revisión Fiduprevisora a Mayo 2 de 2017**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
1. LA CARACTERIZACION INTEGRAL DE LA PPL EN CONDICION PENITENCIARIA.....	9
1.1. LA ESTRUCTURA DEMOGRAFICA	9
1.2. FACTORES CAUSALES DE ENFERMEDAD Y TRAUMA	10
1.2.1. Las Causas Sanitarias	10
1.2.2. Los Factores del Consumo	10
1.2.3. Del Comportamiento	11
1.3. EL ESCENARIO EPIDEMIOLOGICO	11
1.3.1. Morbilidad y Uso de Servicios	11
1.3.2. Distribución de Diagnósticos Más Frecuentes (Agrupados) por Grupo de Edad y Sexo 15	11
1.3.3. Otras Patologías	17
1.3.4. Análisis Comparativo de Información de Morbilidad	18
1.4. MORBILIDAD CONOCIDA A PARTIR DE INFORMACIÓN DE ESTUDIOS DE TERCEROS.....	19
1.4.1. Información Indirecta de los Médicos y Personal Asistencial de Atención Intramural	19
1.4.1.1. Morbilidad: Consulta general Hombres.....	19
1.4.1.2. Consulta de programas	19
1.4.1.3. Urgencias	20
1.4.2. Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria.....	20
1.4.2.1. Contraloría General de la República (mencionado en informe de la ONU).....	21
1.4.3. Datos de Morbilidad a partir de la Revisión de Experiencias Internacionales, España – Zaragoza- País Vasco – Andalucía - Reino Unido	21
1.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	21
2. ANTECEDENTES EN RELACION CON EL MODELO.....	23
2.2. EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD Y SU REGLAMENTACIÓN NORMATIVA Y OPERATIVA.....	25
2.2.1. Ley 1709 de 2014.....	25
2.2.2. Decreto 2245 del 24 de Noviembre de 2015	26
2.2.3. Resolución 5159 del 30 de Noviembre de 2015.....	26
2.2.3.1. Prestación de los servicios de Salud UPA Intramural.....	27
2.2.3.2. Red prestadora de servicios de salud Extramural	27

2.2.3.3.	Condiciones de Calidad.....	28
2.2.3.4.	Sistema de referencia y contra referencia	29
2.2.3.5.	Salud pública y el Plan de Intervenciones Colectivas.....	29
2.2.3.6.	Seguimiento Evaluación del Modelo	29
2.2.4.	Resolución 3595 de 2016	31
2.2.5.	El Decreto 1142 de Julio de 2016	31
3.	LA REFERENCIACION DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	32
4.	CONTEXTO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL	35
4.1.	EL EQUIPO DE SALUD DE LA ATENCIÓN INTRAMURAL ES EL PROTAGONISTA Y BASE DEL MODELO	35
4.2.	LA PROPUESTA DE DEFINICIÓN AJUSTADA A LA NORMA Y PRACTICABLE EN LA REALIDAD PENITENCIARIA	36
4.3.	LA CORRESPONSABILIDAD COMO CUALIDAD IMPRESCINDIBLE DEL MODELO	37
5.	IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SALUD PARA LA PPL EN COLOMBIA	38
5.1.	EL ENFOQUE Y LAS FASES DEL MODELO	39
5.2.	LOS COMPONENTES DEL MODELO Y SU OPERATIVIZACION	39
5.3.	POBLACIÓN OBJETO.....	41
5.3.1.	Garantía del Acceso a Servicios Integrales	42
5.3.2.	La Macroregionalización Propuesta y su Justificación	43
5.3.2.1.	La propuesta inicial	44
5.3.2.2.	La propuesta actual	44
5.3.3.	La Población Afiliada al Régimen Contributivo	48
5.4.	CARACTERISTICAS DEL MODELO.....	49
5.5.	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS DE LA UPA INTRAMURAL.....	52
5.5.1.	Resumen Conclusiones Informe de Visitas a 22 ERONES en 2016.....	55
5.6.	RECURSO HUMANO.....	60
5.6.1.	La Categorización de los ERON	60
5.6.2.	Perfil y Competencias	63
5.6.2.1.	Las Especialidades Básicas habilitantes del Prestador Primario	63
5.6.2.2.	Otras especialidades no habilitantes:	63
5.6.2.3.	El perfil integral del Médico General como recurso nuclear.....	64
5.6.2.4.	El MD con experiencia en Salud mental	64
5.6.2.5.	Los demás integrantes del Equipo de Salud	65

5.7. PROCESOS.....	66
5.7.1. La Referencia y Contra Referencia.....	68
5.7.2. La Red de Servicios Actual a Cargo del Consorcio Fiduciario.....	69
5.7.3. Vigilancia en Salud Pública.....	70
5.7.4. Programa Ampliado de Inmunizaciones.....	72
5.8. CONDICIONES PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.....	73
5.9. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN y CONTROL MEDIANTE GESTION DE RIESGO.....	78
5.10. PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.....	79
5.11. SALUD MENTAL.....	79
6. RUTAS DE ATENCIÓN EN SALUD.....	80
7. ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS A PRESTAR A NIVEL INTRAMURAL	82
7.1. NIVEL PRIMARIO.....	83
7.2. EN LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA.....	84
7.3. OTRAS ACTIVIDADES.....	85
7.4. RESUMEN DE ATENCIONES.....	85
7.4.1. A Nivel Intramural.....	86
7.4.2. Por Referencia a Nivel Extramural.....	86
8. PAUTAS INDICATIVAS DE AUDITORIA SOBRE LA GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE	86
SERVICIOS DE SALUD DEL OPERADOR INTRAMURAL PARA LA PPL.....	86
8.1. COMPONENTES.....	89
8.2. INDICADORES DE CALIDAD.....	89
8.3. CARACTERÍSTICAS DE LA AUDITORIA.....	90
8.4. NIVELES DE AUDITORIA.....	90
A. Autocontrol.....	91
B. Auditoría Interna.....	91
C. Auditoría Externa.....	92
8.5. PROCESOS EN LOS QUE DEBE CENTRARSE LA AUDITORIA.....	93

9.	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA PPL	93
9.1.	ACTIVIDADES RELACIONADAS	95
9.2.	CONTENIDO	95
9.3.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	96
10.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS RELACIONADOS.....	96
	OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

INTRODUCCIÓN

La implementación del modelo de atención en Salud para la población privada de la libertad (PPL) adoptado mediante las Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social Nro. 5159 de 2015 “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)” y la Nro. 3595 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución No. 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones”, y en cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-762/15 de la Corte Constitucional, debe garantizar la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. Es necesaria la integración de las diferentes estructuras (atención intramural, red externa, profesionales en áreas de salud de los ERONES) y los diferentes actores del sector salud al servicio de la salud de la población privada de la libertad en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como se define en el mismo articulado normativo y se referencia en los modelos de sanidad penitenciaria¹ en el ámbito internacional

A la población privada de la libertad se le debe dispensar una atención en igualdad de condiciones a la dispensada al conjunto de la población libre, dentro de los principios de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, teniendo las personas reclusas derecho a que la administración penitenciaria y carcelaria vele por su vida, integridad y salud. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención. Las prestaciones de salud se garantizarán con diligencia al interior de los ERON, en las áreas de salud dispuestas por la administración penitenciaria y carcelaria para el uso de los operadores a contratar para la prestación de servicios a la PPL, en todo caso buscando la integralidad de la atención y la mayor resolutivez en el ámbito intramural de los problemas de salud de la PPL, que parte como puerta de entrada de un examen médico de ingreso –sea nuevo o de actualización- para poder ir consolidando gradualmente el sistema de información determinando así dichos problemas y sus causas; y en los casos que sea necesario, controlándolas por parte de la administración penitenciaria y carcelaria competente, de tal manera que se cuente con los recursos necesarios para lograr una alta resolutivez de los problemas que afectan la salud de esta población.

Así mismo, se debe considerar a partir del diagnóstico de la situación de salud la implementación de las guías² de mantenimiento de la salud que contempla actividades de

¹ Sanidad penitenciaria es un término tomado del campo jurídico que se refiere a toda actividad que se promueve desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas (Del Río y Pardo F. La Asistencia Sanitaria, introducción. En Cobo del Rosal M. Comentarios a la Legislación Penal. Revista de Derecho Privado 1; 1986: 521-522). La sanidad penitenciaria es una actividad que cruza la medicina con la ley, muchos aspectos de la vida en prisión, incluidos los aspectos relacionados con la prestación sanitaria y con el entorno saludable, están regulados por la legislación penitenciaria.

² Se toma como base la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, por ser la oficial desde el ministerio, a pesar de la existencia de varias en proyecto, ajustando roles de la Entidad Territorial al INPEC y USPEC, como gobierno penitenciario.

prevención primaria, consejerías, vacunación, acceso a antibioticoterapia, etc. y prevención secundaria a través de tamizajes como citología vaginal, VIH, hepatitis, Tuberculosis, que se deben realizar mediante brigadas específicas y en cualquier momento de la atención en salud, para disminuir, controlar o anticiparse a las enfermedades y traumatismos, contribuyendo a la mayor resolutivez.

Fruto de un sistema de información que se consolidara gradualmente, se deberá definir las variables relevantes que permitan construir la Nota Técnica desde la perspectiva actuarial para el consorcio y la USPEC, como garantes de su atención, para ello es necesario que los operadores del servicio reporten la información por servicios ambulatorios, hospitalarios, medicamentos.³

El presente trabajo se sustenta en las cualidades de ser pragmática, simple, responsable y atractiva, y parte de dos elementos esenciales:

- El reconocimiento de unas condiciones sanitarias y de hacinamiento difíciles que no pueden mejorarse totalmente en el corto plazo, pero si requieren un mejoramiento continuo, y de otras que pueden intervenir en menor tiempo como la calidad de la alimentación, que debe partir de un mínimo aceptable para mejorar las condiciones de salud de la PPL, las cuales deben hacer parte del modelo de salud, como control de los determinantes sociosanitarios, que requiere un modelo preventivo, como lo establece la normatividad vigente.
- Desarrolla con mayor detalle en lograr el propósito de mejorar el servicio de salud a contratar, a través del Prestador Primario, complementado con especialidades básicas, ubicado en el ERON.

Desde la integralidad que logran ambos elementos la propuesta se sustenta en cuatro principios básicos o generales:

I. **El principio de la integralidad:**

En el sentido de abordar la situación de salud de la PPL en condición penitenciaria, desde los factores causales de problemas de salud desde lo individual y colectivo para lo que denominamos la comunidad carcelaria⁴, para el control de los mismos en el

³ Ver documento aparte con las consideraciones para la Nota Técnica

⁴ Sentencia T-153 de 1998. En esa oportunidad la Corte estudió dos acciones de tutela presentadas por personas reclusas en las cárceles Bellavista de Medellín y La Modelo de Bogotá, en las cuales dieron a conocer la situación de hacinamiento, problemas de salubridad y otras condiciones que afectaban de manera grave la dignidad humana de los internos. Luego de realizar inspecciones

máximo posible, de manera que disminuya los eventos de enfermedad y/o su progresividad

II. **De la resolutiveidad:**

En especial al interior del servicio intramural, no solo como algo deseable en cumplimiento del derecho a la salud en cuanto al acceso oportuno, sino porque evita remisiones a la red extramural lo que exige mayor recurso de personal de guardia o custodia para lograr un traslado oportuno de un paciente, si el tiempo dedicado a esta labor se redirecciona al apoyo de las Unidad Primarias de Atención Intramurales, el servicio mejora en disponibilidad y oportunidad. Este principio se evidencia en los mismos términos de referencia y es factor calificable como “habilitante” en la propuesta, además debe ser objeto de medición auditoria y objeto de incentivos al prestador contratado, como valor a tener en cuenta para futuras prorrogas y convocatorias.

III. **De La accesibilidad**

Si la resolutiveidad interna fortalecida no logra evitar la referencia desde los servicios del “prestador primario”, se resalta la cualidad necesaria en los términos de menor distancia y tiempo a la red externa, no solo en la suficiencia sino en la cercanía al ERON respectivo de la IPS básica extramural. El acceso oportuno y cercano a la red externa especializada exige una cercanía del personal de autorización del operador, por ello se establecen sedes satélites para dicho propósito.

IV. **De La continuidad**

Porque de ello depende la gestión de riesgo en salud y hacer realidad el modelo de atención, como es el caso de programas de control como: Control Prenatal, crecimiento y desarrollo de los infantes; de crónicos como hipertensos y diabéticos; de pacientes de VIH y Tuberculosis, y pacientes con alteraciones de la salud mental, especialmente. Es por ello que para varias de estas prioridades se establecen indicadores centinelas de cobertura y calidad, que además serán objeto de incentivos al desempeño de la gestión.

judiciales y analizar las circunstancias en las que se encontraban los reclusos concluyó que, efectivamente, se estaba presentando una grave vulneración de los derechos fundamentales y declaró el estado de cosas inconstitucional en las cárceles. Que en muchos casos de personas enfermas que requieren tratamiento hospitalario estas no podían ser trasladadas a los centros médicos por carencia de personal de guardia, entre otros problemas.

1. LA CARACTERIZACION INTEGRAL DE LA PPL EN CONDICION PENITENCIARIA

El presente numeral presenta tres componentes básicos: la estructura Demográfica; el panorama o escenario epidemiológico: la morbilidad sentida y atendida como uso de los servicios, que presenta limitaciones en representatividad dado que no todo lo necesario se atiende, así gran parte de ello sea demanda sentida y expresada; y las causas relevantes de enfermedad y trauma, todo ello debe conocerse para planificar y mejorar el servicio. Con dicha claridad puede lograrse un modelo preventivo y además la atención oportuna que son los pilares de la gestión del riesgo.

1.1. LA ESTRUCTURA DEMOGRAFICA

Se presenta en grupos aplicables a la realidad epidemiológica y a la estructura de ponderadores por edad y sexo definidos para la UPC del sistema de seguridad social en salud. Es una situación especial porque no existen personas en el grupo de mayores de 3 y menores de 18 años.

Tabla No. 1
Distribución absoluta y relativa de la PPL en condición penitenciaria según edad y sexo, por grupos referentes de la UPC del Régimen contributivo del SGSSS
Diciembre 2016

Grupo Etareo	TOTAL GENERAL			
	Distribución por sexo		Total	Participación (Grupo Etareo)
	F	M		
Menor de 1 año	14	16	30	0,03%
1 a 3 años	48	33	81	0,07%
18 años	22	316	338	0,30%
19 a 44 años	5.977	87.594	93.571	82,22%
45 a 49 años	616	6.952	7.568	6,65%
50 a 54 años	496	4.755	5.251	4,61%
55 a 59 años	266	3.040	3.306	2,91%
60 a 64 años	121	1.841	1.962	1,72%
65 a 69 años	48	888	936	0,82%
70 a 74 años	12	433	445	0,39%
75 y más	12	303	315	0,28%
Totales	7.632	106.171	113.803	100,00%
PARTICIPACIÓN DEL TOTAL PPL	6,71%	93,29%		

FUENTE: INPEC BASE PPL DIC-16-16 * CALCULOS: ASESORES

NOTA: INCLUYE COMO ESTABLECIMIENTO MILITAR SOLO POFAC (POLICIA EN FACATATIVA)

En principio se resalta la baja población en edades extremas, la natalidad presentada es asimilable a los menores de un año, que equivalen al 0,03%, de total de la población, la tasa de natalidad nacional es superior al 1,2%, o sea que cerca de 40 veces más⁵. Similar comportamiento tiene la de 1 a 3 años. Igual sentido presenta los adultos mayores, los de 60 y más años, aportan el 3,21% de la población total, siendo 10,8% para la nacional⁶

Tenemos una población adulta de los 18 a 49 años en casi el 90%, como es de esperarse, pero que influye mucho en la dinámica de enfermedad.

Las mujeres aportan el 6,71% del total y a su interior presenta una proporción levemente superior en población infantil a los hombres, y mucho menos, solo 2,5% como adulta mayor. El 87% se encuentra en edad reproductiva, que es alta pero como mencionamos con baja gestación y natalidad.

En síntesis, tenemos un perfil demográfico así: población adulta y adulta joven, con predominio masculino, pero con un 6,7% de mujeres y 0,03% de infantes que, aunque pocos en número, validan condiciones diferenciales para el servicio.

1.2. FACTORES CAUSALES DE ENFERMEDAD Y TRAUMA

Se clasifican en tres tipos de causas:

1.2.1. Las Causas Sanitarias

Para efectos del presente trabajo se adopta el término de atención sanitaria, en el sentido de lograr identificar y controlar factores de la infraestructura y de sanidad ambiental de los establecimientos de reclusión como: la calidad y permanencia los servicios de agua potable y de disposición de excretas, que causan enfermedades de todo orden.

1.2.2. Los Factores del Consumo

Ubicando como principal la calidad de los alimentos, que a su vez se atribuyen a:

⁵ DANE Informe preliminar 2016

⁶ El estudio 'Misión Colombia envejece' Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha septiembre 2015

- La calidad del procesamiento, que a su vez está condicionado por las condiciones higiénicas como ropa adecuada, guantes, tapabocas, etc. de quienes los procesan y que no requieren una gran inversión que puede proveer el contratista que los suministra.
- La alimentación que trae la familia el día de visita, que se consume hasta 5 días después

Del control de los mismos depende la posibilidad de presentarse oferentes calificados y de prestigio

1.2.3. Del Comportamiento

- Colectivo: el cual limita en ocasiones el acceso oportuno al servicio que está disponible, y en el mercado interno de medicamentos que no permiten el éxito del tratamiento.
- Del individual: Practicas no preventivas, Falta de adherencia al tratamiento que exige educación en salud por parte del operador para lograr impactarlas

1.3. EL ESCENARIO EPIDEMIOLOGICO

1.3.1. Morbilidad y Uso de Servicios

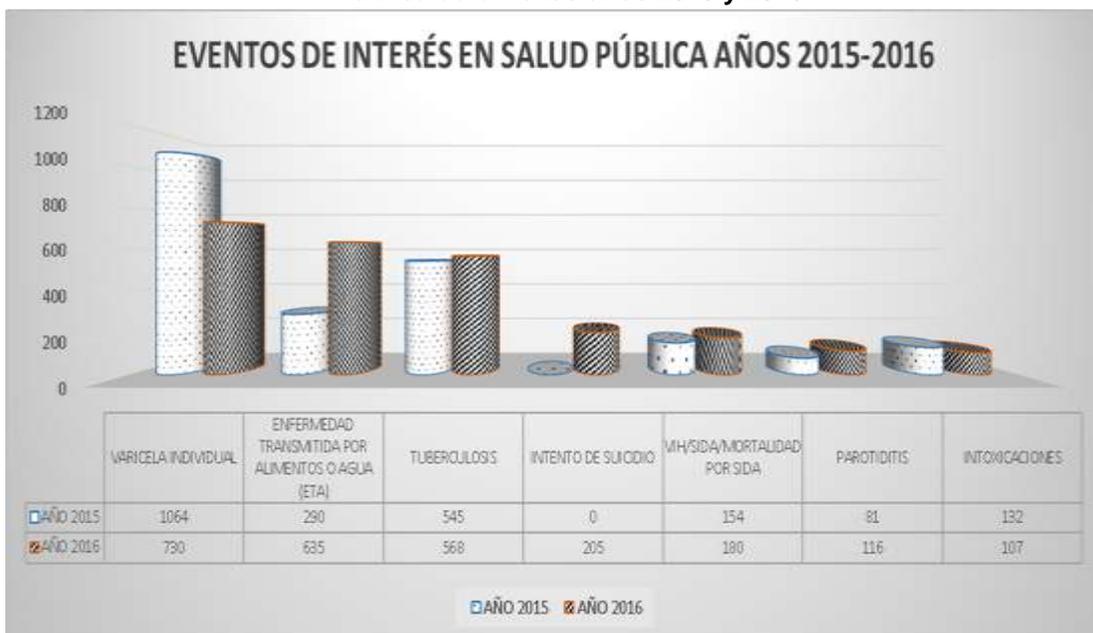
Teniendo en cuenta la necesidad de contar con la caracterización epidemiológica y demográfica de la población privada de la libertad, como insumo para la planeación, organización, implementación y operativización del Modelo de Atención en Salud, se revisa y analiza información de tres fuentes:

- a) La entregada por CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2015, en especial la base de datos de autorización de servicios de salud, y los eventos de notificación obligatoria al Ministerio de Salud o las Direcciones Territoriales, estadísticas de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) que aunque no suficientes en su representatividad, permiten aproximarse a la realidad de los problemas de salud más prevalentes.
- b) La información de SIVIGILA 2016, como de la Notificación de Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), Año 2016 cuya fuente es el INPEC.

Durante el año 2016 se incrementó la notificación de casos debidos a Eventos de Interés en Salud Pública, a 2.896 eventos, que son realmente poco representativos, de una población que genera tanto evento, y preocupa más cuando el 70% de la codificación fue incorrecta.

De todas maneras se rescata una alta frecuencia de Varicela con 730 notificaciones, así disminuya en relación con el año 2015 con 1064 casos, sobre la cual planteamos las medidas de la vigilancia epidemiológica integral, en el aparte de Salud Pública.

Gráfica No. 1
Comparación del comportamiento de los Eventos de Interés en Salud Pública durante los años 2015 y 2016



Fuente: INPEC.

Obsérvese las enfermedades transmitidas por alimentos o agua, que incrementan de 290 a 635, que coinciden con otras fuentes de información como se detalla más adelante.

Así mismo, llama la atención los casos de Intento de Suicidio que de cero casos notificados en el 2015, suben a 205 en el 2016, con mayor representatividad en Santa marta, Barranquilla y Pereira, que se abordan con el modelo de salud mental y las actividades que denominamos factores protectores.

- c) La información almacenada en base de datos de prestaciones de servicios de salud, del Ministerio de Salud y Protección.
- d) Información de fuente no regular pero si formal, a través de entrevistas con personal asistencial de los Establecimientos penitenciarios de Bogotá y Valle de Aburra, para enriquecer las dos primeras fuentes

Las fuentes de información tomadas de los literales a) y b) corresponden a:

- Base de datos información 2015 – Minsalud, a partir de la solicitud de información demográfica, de prestación de servicios de salud y morbilidad atendida de la PPL (Corte diciembre de 2015, incluyendo datos de 2009 a 2015).
- Cubo de Datos PPL Minsalud
- Relación PPL agosto 2016: Fecha de nacimiento, ERON, Sexo, Fecha de Ingreso, estado
- Consolidado salud PMU-INPEC: Relación de cantidades por ERON alto costo, crónicas, mentales, varicela, parotiditis, TB, EDA.
- Informes previos de estudios realizados por Contraloría General de la República, la Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria, la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Publicaciones en prensa que reflejan la grave situación en relación con las condiciones sanitarias de los ERONES, el hacinamiento y la falta de atención, como factores determinantes de enfermedad para la PPL.

<http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/analisis-orden-de-cierre-de-carcel-bellavista-por-hacinamiento/16810037>

“Viene la preocupación por el arraigo familiar, casi todos los internos son de Medellín. Muchos familiares viven en la periferia y hacen un esfuerzo grande para visitarlos dentro de la ciudad, si se los llevan para Ibagué, Cali o Bogotá, no podrán volver a verlos seguido”

“En cuanto a la salud de los internos, la Mesa de DD.HH denunció que hay más de 3.500 órdenes de atención inmediata represadas. Para solucionar el abastecimiento de medicinas, la Secretaría de Inclusión Social y Familia de Medellín lideró una campaña de recolección de medicamentos”.

- Publicaciones en prensa que reflejan la falta de garantías para la PPL, en relación con suministro de agua potable, riesgos para la seguridad personal, intervenciones poco efectivas en relación con la asignación de los reclusos de acuerdo a sus antecedentes y comportamiento.

<http://www.eltiempo.com/politica/justicia/homicida-de-joven-violado-en-la-modelo/16789911>

“De hecho, hasta ahora nadie ha explicado en el INPEC por qué un interno condenado y de alta peligrosidad se mantiene en el sector de las celdas transitorias”.

- Publicaciones en prensa que plantean consideraciones acerca de los problemas de salud prevalentes para la PPL.

<http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/hacinamiento-en-carcel-de-riohacha/16803472>

“De acuerdo con las constantes denuncias de familiares, varios de los internos tienen **problemas psiquiátricos, diabéticos, de hipertensión y VIH**. También son recurrentes las **enfermedades diarreas, respiratorias, de la piel, lumbares⁷**, paperas y varicela”. Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la Población Privada de la Libertad permanece en un entorno vulnerable el cual se explica por dos componentes: por una parte, la inseguridad y la indefensión que experimentan los grupos e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por **infraestructura y servicios públicos inadecuados, hacinamiento**, y otros eventos sociales de carácter traumático; y por otra, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan los mismos grupos y personas para afrontar sus efectos.

En este sentido se mantienen factores de riesgo y determinantes particulares de las condiciones de salud de esta población, que conllevan un aumento en la prevalencia de enfermedades particularmente de tipo infeccioso transmisible y de tipo mental y del comportamiento, que deben ser modificados de manera prioritaria por las entidades responsables (INPEC-USPEC) para garantizar condiciones adecuadas para la prestación de los servicios de salud bajo el nuevo modelo de prestación de servicios de salud a la PPL.

La información se procesó y analizó para presentar informe de caracterización sobre el perfil demográfico, la morbilidad, el uso de servicios como demanda atendida, no obstante, la información presenta inconsistencias importantes que permiten una caracterización epidemiológica aceptable para iniciar, aunque no muy detallada, debe cualificarse hacia el futuro con la información que deberá entregar el operador contratado.

No se encuentra información disponible sobre el uso de servicios en menores de tres años, por lo que no se incluye este grupo en los análisis que se incluyeron en el documento CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LA POBLACION PPL - ANALISIS BASE DE DATOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS Y DIAGNOSTICOS POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD, entregado en el mes de septiembre 2016 al Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017.

⁷ Coinciden con lo reportado por el personal asistencial.(Subrayado nuestro)

A continuación, se presentan algunos resultados de interés para el Oferente u Operador en aras del diseño de programas que busquen la reducción de la prevalencia y la disminución de riesgo de trasmisión de las patologías de mayor registro.

Llama la atención que 395 pacientes tienen diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica IRC, puede ser una cifra baja que debe ser mayor a la que está en Terapia de Diálisis, que totaliza 755 sin embargo, no es posible calcular la relación con los que requieren diálisis, porque los registros no especifican sesiones o paquetes de sesiones y adicionalmente se incluyen registros de estos pacientes con otros procedimientos. El total de registros cuyo procedimiento es diálisis peritoneal es de 71 y hemodiálisis 684; así mismo aquellos que requieren otro tipo de terapia de reemplazo renal como trasplante.

Estos pacientes generalmente deben ser trasladados a establecimientos de las ciudades para poder acceder a un servicio tan especializado.

Sin embargo, con fecha de corte a febrero de 2017, el número de pacientes en terapia de reemplazo renal, en detección intramural por regional se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla No. 2
Distribución de pacientes en terapia de sustitución renal en condición penitenciaria
Según Regiones del INPEC

Regional INPEC	No. De pacientes
Central	4
Noroeste	1
Norte	2
Occidente	7
Oriente	1
Viejo Caldas	2
Total	17

Fuente: Autorizaciones Millenium febrero de 2017.

Cabe mencionar que en condición domiciliaria existen 55 pacientes en terapia de diálisis renal. Ello nos lleva a un total de 72 pacientes, pero de ellos solo el 24% de ellos en condición penitenciaria. El total debe ser tamizado para Hepatitis C.

1.3.2. Distribución de Diagnósticos Más Frecuentes (Agrupados) por Grupo de Edad y Sexo

Con base en un análisis general y teniendo en cuenta que no existe un criterio único para la selección del diagnóstico por parte de quienes diligencian el registro de información, se estableció que para el total de la población privada de la libertad que fue incluida en el registro de prestación de servicios de salud los 4 diagnósticos más frecuentes corresponden a:

- 1) HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - 2.388 pacientes (10.106 veces)
Si nos basamos en las estimaciones de la Cuenta de Alto Costo que a su vez se basa en encuestas oficiales de morbilidad, el 23% de los mayores de 21 años, 22.070 internos presentan HTA independiente de su severidad, faltando por captar el 85%, equivalente a 19.600 internos. Vale verificar en la realidad si la captación es tan baja, pero de todas maneras la meta para efectos de incentivos debe ser gradual, acorde con la realidad de la macroregión.
- 2) ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)- SIN OTRA ESPECIFICACION - 556 pacientes (8.469 veces)
 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS – 2.528, relacionada con factores del consumo de alimentos y agua.
- 3) DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION – 527 (2.149 veces) y 48 diagnósticos similares que corresponden a 7.616 registros.
 - Por estimaciones de la Cuenta de Alto Costo, deberían tener diagnóstico de Diabetes, el 3,5% de los mayores de 21 años que se aproximan a 3.450 personas, faltando por sumar los insulino dependientes.

La utilidad de los incentivos se presenta en especial en la cobertura y calidad de la atención de los crónicos incluyendo VIH.

No obstante lo anterior, existiendo tal variabilidad en los diagnósticos debe analizarse con mayor profundidad a partir del examen médico de ingreso que deberá elaborar el Operador único de servicios de salud para toda PPL, para poder determinar realmente la prevalencia de estos diagnósticos.

A continuación, se incluyen los diagnósticos más registrados para la población según grupo etáreo y distribuidos según género.

• **Menores de 1 año**

Se reportan dos casos de bajo peso al nacer, aunque no es posible aclarar que tiempo de la gestación transcurrió en condición penitenciaria o si es domiciliaria

- **De 18 a 44 años**

En este grupo de edad prevalece como diagnóstico relevante la enfermedad por VIH (4%) y las complicaciones del embarazo en la mujer (5%), sumado a los problemas odontológicos (6%). El total de registros corresponde para las mujeres en este grupo de edad a 75.702.

- **De 45 a 59 años**

Se mantiene prevalente la enfermedad por el virus del VIH, pero aparece la Hipertensión Arterial. Esto refleja los datos de cada uno de los quinquenios comprendidos este rango (45 a 49, 50 a 54, y 55 a 59), entre los cuales no hay diferencia.

- **De 60 a 84 años**

En este grupo, también sin diferencia entre los grupos quinquenales, la HTA esencial cobra relevancia como diagnósticos más frecuentes, y le siguen las cardiopatías y la diabetes, coherente con la edad. Esto refleja los datos de cada uno de los quinquenios comprendidos este rango (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, y 75 a 84).

- **De 85 y más Años**

Para este grupo de edad solamente se encuentran 5 registros en mujeres, pero solo dos de ellos tienen diagnóstico. En Hombres prevalece la hipertensión arterial y las infecciones pulmonares.

1.3.3. Otras Patologías

- **Salud Mental:**

- **Abuso de Sustancias psicoactivas:**

Principalmente se registra asociado a opiáceos y alcohol y en este caso incluye el alcohol metílico.

- **Esquizofrenia:**

Llama la atención que la principal actividad es la Consulta con Psicología, teniendo en cuenta que este no es el profesional competente para el manejo de la enfermedad, ni para la prescripción de medicamentos requeridos, es necesario llamar la atención sobre este aspecto, y garantizar que el operador cuente con los profesionales en psiquiatría.

- **Cáncer:**

Se observa un mayor número de registros y en su orden para Ca de MAMA, Ca de PULMON, Ca de CERVIX, Ca de COLÓN, Ca de PROSTATA, sin embargo no se

identifica el lugar inicial de detención del paciente o si fue trasladado a una gran ciudad para su tratamiento, y tampoco se identifica su estadio de la enfermedad y su tratamiento

1.3.4. Análisis Comparativo de Información de Morbilidad

Se realizó el análisis comparativo de algunos datos provenientes de las 3 fuentes principales consultadas para obtener información de Morbilidad.

Como se puede observar existen diferencias importantes en los datos principalmente para las proporciones de VIH, HTA y Diabetes Mellitus, lo cual genera dificultades para caracterizar efectivamente la población PPL, desde el punto de vista epidemiológico tal y como se ha mencionado en diferentes apartados de este documento.

Tabla No. 3
Principales Problemas o Eventos de salud para la PPL según fuentes de información del consorcio y RIPS reportados al Minsalud

PATOLOGIA		Consolidado PMU-ERONES 136		Base RIPS - ERONES 129		NACIONAL 2014
		CASOS	PREVALENCIA	CASOS	PREVALENCIA	PREVALENCIA
1	Hipertensión Arterial	4.525	2,55%	609	1,30%	8,90%
2	Psiquiátricos	2.470	1,39%	717	1,50%	9,40%
3	Diabetes	1.220	0,69%	188	0,40%	2,00%
4	VIH	672	0,38%	309	0,60%	1,12%
5	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	168	0,09%	30	0,10%	
6	Cáncer	114	0,06%	76	0,20%	
7	Insuficiencia Renal Crónica	59	0,03%	51	0,10%	

FUENTE: - Consolidado PMU- ERONES 136 - agosto 2016 - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017.
 - Base RIPS - ERONES 129 - Ministerio de Salud y Protección Social
 - NACIONAL 2014 - Informe Técnico del Observatorio Nacional de Salud ONS, Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia V Edición, Junio de 2015.
 - Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014, abril de 2015.

Por otra parte, se realizaron varias consultas al CUBO, sin embargo, teniendo en cuenta que el total de registros obtenidos fueron 716.531, y previa validación de los mismos, a partir de la Base de datos entregada con corte a 2015, presenta 203.277, registros duplicados, cerca del 30%, no se tuvo en cuenta dicha información⁸. Estas

⁸ Inicialmente las inconsistencias fueron mayores pero lograron depurarse o corregirse

consultas se encuentran incluidas en el archivo Excel entregado a Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017.

1.4. MORBILIDAD CONOCIDA A PARTIR DE INFORMACIÓN DE ESTUDIOS DE TERCEROS

1.4.1. Información Indirecta de los Médicos y Personal Asistencial de Atención Intramural

Mediante entrevistas directas a personal asistencial directo, Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Bacteriólogas, auxiliares de enfermería etc., el Valle de Aburra y Bogotá. Febrero de 2017

Una prevalencia común con algunas diversidades que dependen de:

- El tipo de ERON, según genero, máxima seguridad, al interior de ellas hay diversidad en los tipos de patios, por ej. Los que pertenecen a “ranchería” chalecos, etc.
- Las condiciones de hacinamiento, ambientales, calidad de agua, seguridad, son causas principales de la necesidad del servicio.

1.4.1.1. Morbilidad: Consulta general Hombres

De cada 100 pacientes atendidos:

- Dolores abdominal: 45%
- Cefaleas 30%
- Traumas y Post quirúrgicos: apendicetomía, revisiones de osteosíntesis. 15%
- Dermatología hongos, escabiosas y chinches: 15%

1.4.1.2. Consulta de programas

- Hipertensión Arterial
- Diabéticos insulín dependientes.
- VIH El programa lo atiende en la actualidad CEPAIN mediante tratamiento supervisado, pero no atiende afiliados a EPS.
- Tuberculosis.

Hay dos dificultades a controlar: el alta demanda de consulta médica no programada que sumada a las vacantes de médicos, llevan al personal de enfermería a asumir su labor. La no adherencia a los programas ocurre en gran parte porque los líderes de patio no dejan salir a los internos.

1.4.1.3. Urgencias

- Dolor torácico por causa cardíaca.
- Respiratorias agudas infecciosas y alérgicas
- Trauma ortopedia y arma cortopunzante con casos de penetrantes a tórax y abdomen
- Intoxicación medicamentosa: *“Se toman todo el medicamento disponible y hay venta y los medicamentos psiquiátricos se los roban”*.

1.4.2. Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria⁹

- Se determinó que la farmacodependencia es el trastorno mental más frecuente, seguidos por la esquizofrenia, ansiedad, depresión y retraso mental.
- Solo existen dos unidades de salud mental: Modelo en Bogotá y Villahermosa en Cali. Atención a 75 personas.
- Con información suministrada por la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC, a septiembre de 2015 existían 2.340 internos diagnosticados con trastorno mental en 102 prisiones.

Llama la atención que la cifra de internos identificados con trastorno mental prácticamente no ha variado desde el año 2011.

Hay deficiencias en el diagnóstico de la población privada de la libertad con enfermedades mentales graves y/o en el registro.

- Se contrataron hasta 30 sesiones de psicoterapia individual o grupales, familiares o de pareja por psiquiatría y psicología, durante el año calendario (Ley 1616) – No hay información estadística sobre atenciones.
- No se cuenta con protocolo para atención de urgencias psiquiátricas; el tiempo promedio para la valoración y seguimiento es de 5 a 8 minutos. Solo medicamentos No terapia.
- La atención en salud no es continua por finalización de los contratos, la población carcelaria queda sin servicios en este aspecto.

⁹ Ver <http://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/opac/> informes sobre situación carcelaria

1.4.2.1. Contraloría General de la República (mencionado en informe de la ONU)

- Carecen de programas de salud preventiva, de prevención y tratamiento de adicciones, de primeros auxilios, de seguridad industrial, de salud ocupacional y de saneamiento ambiental.
- En relación con las acciones educativas, las frecuencias registradas son muy bajas, al interior de ellas las más frecuentes se pueden clasificar así: Educación individual en salud por higiene oral, Educación grupal en salud por equipo interdisciplinario y Educación individual en salud por enfermería, 0.02 veces al año, respectivamente;
- Educación grupal en salud por agente educativo y Educación individual en salud por medicina general, 0.01 veces al año.
- En la mayoría de las reclusiones femeninas no existen servicios de ginecología ni de pediatría.

1.4.3. Datos de Morbilidad a partir de la Revisión de Experiencias Internacionales, España – Zaragoza- País Vasco – Andalucía - Reino Unido

Estas experiencias se pueden comparar la información obtenida a partir de las diferentes fuentes a nivel nacional, con la prevalencia de enfermedades en población privada de la libertad en entornos vulnerables de similares características. Es así como se encuentra que la Enfermedad Mental-Adicciones, las Enfermedades Infecciosas como Hepatitis Virales, VIH y TBC y enfermedades comunes, como Diabetes, Tabaquismo, Hipertensión son las más prevalentes, es similar a lo observado en el país, con la diferencia de las intestinales causadas por factores de saneamiento ambiental.

1.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En general se concluye que a pesar de las limitantes de información estadística fruto de la atención, al sumar la información complementaria permite al oferente u operador organizar la red de servicios en general y el equipo intramural en especial con confianza aceptable de un abordaje según prioridades, y al INPEC y la USPEC, planificar el control de factores causales más relevantes.

- Se focaliza la atención priorizando los 7 problemas o eventos de salud más relevantes en el siguiente orden
 1. Hipertensión Arterial
 2. Diabetes

3. VIH.SIDA, y otras transmisibles como TB y las hepatitis
4. Problemas de Salud mental: Adicciones, depresión y esquizofrenia
5. Atención al binomio madre-hijo
6. Enfermedades Transmitidas por Alimentos
7. Varicela y otras Inmunoprevenibles

Fruto de las recomendaciones por directivas del consorcio y ministerios solo las 4 primeras serán objeto de la estrategia de incentivos por gestión de riesgo, sin que ello impida que algunas de las 3 restantes y el control del Cáncer de Cérvix, sean objeto de auditoria de cobertura y calidad.

Si se logra mejorar la atención en estos eventos, el propósito del modelo de atención, y la gestión de los operadores del servicio da sus frutos, en resultados en salud en un periodo no mayor a 3 años.

- Se recomienda revisar la estructura, capacidad, opciones de funcionalidad y requisitos de SISIPPEC para la captura y manejo de información en forma centralizada, de manera que pueda subsanarse gradualmente, siendo compatible con las exigencias de tecnología e información que deberá generar los operadores o contratistas. El reto es tener una aproximación a nota técnica desde la perspectiva actuarial en un transcurso de 18 meses, no es un proyecto de alta tecnología, sino de la decisión ordenada de grupos relevantes de servicios, medicamentos e insumos, que luego podrán desagregarse.
- Como hallazgo relevante, llamó la atención que, para el caso de los diagnósticos, se utilizan indistintamente códigos de una categoría, para un mismo diagnóstico en las diferentes atenciones de la misma persona. Sería necesaria la unificación y agrupación de 4.998 diagnósticos, se puede definir un proceso práctico que comprende el Pareto de las atenciones. Esto es requisito inicial para la construcción de la nota técnica
- Exigir al operador el examen y evaluación integral de ingreso al servicio de salud de toda la población, en un horizonte de 6 meses, sea por nuevos ingresos, o por actualización de historia clínica, que además debe ser digitalizada. Ver detalle en el numeral 5.9. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN y CONTROL MEDIANTE GESTION DE RIESGO y en la Propuesta Ajuste Formato Examen de Ingreso PPL (Anexo del presente documento)
- Estudiar específicamente la población de menores, así sea baje en número.

- Definir los protocolos de atención más relevantes para el desarrollo de la actividad asistencial dentro del establecimiento penitenciario. (Obligación Contractual y requisito habilitante)
- Determinar los criterios para la derivación o referencia a la red extramural y tanto en servicio básico como especializado extramural de los enfermos que la precisan y hacer un seguimiento crítico. La presente propuesta presenta indicadores con los cuales los oferentes deben comprometerse con un mínimo de resolución a nivel intramural, de acuerdo con las condiciones de la red de referencia, no hay línea de base, pero se sugiere tomar las cifras del INPEC y reducirlas en un 20% el primer semestre (Obligación Contractual y requisito habilitante)
- Asegurar el correcto cumplimiento de los programas de salud establecidos por el Ministerio de Salud y Protección y las Secretarías de Salud a nivel local, en lo aplicable del SGSSS para la PPL, como son el PAI (Programa ampliado de inmunizaciones), VIH, y manejo de brotes en población privada de la libertad. (Obligación Contractual y requisito habilitante que exprese conocimiento).
- El modelo de Salud Mental hay que construirlo, pero puede partirse de las experiencias que se han dado en los ERON del Valle del Cauca y con el soporte del personal especializado de las Unidades de la Modelo y Cali.
- Velar para que toda la documentación asociada a la atención esté correctamente complementada y pueda estar a disposición de la dirección del centro y de las entidades del Sistema que lo requieran (Registros). (Obligación Contractual y/o requisito habilitante)

2. ANTECEDENTES EN RELACION CON EL MODELO

2.1. LA CRISIS DE ATENCIÓN EL MODELO Y LA BRECHA EXISTENTE CON SU NORMATIVIDAD¹⁰

El artículo 49 de la Constitución Política dispone que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual, a través de las autoridades competentes, tiene la obligación de garantizar a todas las personas el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud.

¹⁰ Referencias tomadas de la Sentencia T 127 de 2016. Consulta de la página web de la Corte Constitucional

Las autoridades penitenciarias y carcelarias deben garantizar las condiciones mínimas que permitan a las personas privadas de la libertad vivir en condiciones dignas. Uno de esos aspectos tiene que ver con la atención en salud, la cual debe ser proporcionada de manera regular, brindando el tratamiento adecuado y estar a cargo del personal médico calificado. No obstante, ha sido evidente de tiempo atrás la crisis en la prestación del servicio de salud en los centros de reclusión del país, situación que, junto con otras circunstancias, ha generado la declaratoria de un estado de cosas inconstitucional en el sector carcelario.

El legislador no fue ajeno a dicha problemática, por lo que en el año 2014 expidió la ley 1709 con la finalidad de reformar algunas disposiciones del Código Penitenciario y Carcelario, entre otras, aquellas referentes a la prestación de los servicios de salud. En la exposición de motivos del proyecto de ley se puso de presente que la prolongada crisis del sistema penitenciario y carcelario tiene múltiples causas, entre ellas, la proliferación de normas que privilegian la privación de la libertad, una infraestructura obsoleta, la ausencia de planeación y de una política criminal y penitenciaria, y la desarticulación de las entidades vinculadas al sistema. Esta crisis, según lo expuesto en el documento, generó la necesidad de actualizar el Código Penitenciario y Carcelario y por esa razón se propuso que el INPEC y la USPEC unieran esfuerzos para implementar la prestación de un servicio básico de salud en todos los establecimientos.

Dentro de las modificaciones estructurales y administrativas dirigidas a mejorar el sistema de salud del sector carcelario están la adopción del nuevo Modelo de Atención en Salud para la Población Privada de la Libertad y la asignación de nuevas funciones a la USPEC, como principal obligada de la prestación del servicio de salud a esa población¹¹. La implementación de ese modelo es gradual como consecuencia lógica, un estado de transición que amerita esfuerzos y medidas adicionales para que no se vea afectado el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas privadas de la libertad.

Las autoridades penitenciarias y carcelarias están en la obligación de adoptar todas las medidas que consideren necesarias para garantizar de manera oportuna y efectiva el acceso a los tratamientos, medicamentos y servicios de salud a esa población, con independencia de los trámites administrativos o cambios estructurales que sufra el sistema carcelario.

¹¹ Cabe la advertencia que ello no conduce a interpretar que el INPEC deja de ser protagonista en la implementación del modelo

2.2. EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD Y SU REGLAMENTACIÓN NORMATIVA Y OPERATIVA

Tratamos de la PPL bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC-

Las modificaciones que han sido introducidas al modelo de atención en salud de las personas privadas de la libertad a partir de la expedición de la ley 1709 de 2014 y al proceso de transición en la prestación del servicio de salud a esa población con ocasión del proceso de supresión y liquidación que se adelanta a la Caja de Previsión Social Comunicaciones -Caprecom EICE- se detallan así:

2.2.1. 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 y se dictan otras disposiciones”.

Mediante la ley 1709 de 2014 se reformaron, entre otras, algunas disposiciones de la ley 65 de 1993 -Código Penitenciario y Carcelario-, relativas a la prestación de los servicios de salud de las personas privadas de la libertad.

- El artículo 65 de dicha norma dispuso que: dicha población tiene acceso a todos los servicios del sistema general de salud, sin discriminación por su condición jurídica, y se les debe garantizar la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de las patologías físicas o mentales que padezcan. **En cumplimiento de ello, el referente del derecho es el POS, complementado por lo NO POS, y haciendo relevancia a servicios de salud mental, con la capacitación requerida para el Médico General Intramural**

De igual forma, estableció que todos los centros de reclusión deben contar con una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria¹². Este equipo interdisciplinario es el “Protagonista del Modelo”

- El artículo 66 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios -USPEC- deben diseñar **un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad**, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, el cual sería financiado con recursos del Presupuesto General de la

¹² Dadas las limitaciones que no permiten atención 24 horas 365 días al año, puede adoptarse servicios de Atención Prioritaria con temporalidad parcial según las condiciones del ERON

Nación. Para ello creó el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad como una “cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica”, encargado de contratar la prestación de los servicios de salud de todas las personas privadas de la libertad. Este Fondo está integrado por el Ministro de Justicia y del Derecho o el Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa, el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado, el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, el Director de la Unidad Administrativa de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, el Director del INPEC y el Gerente de la entidad fiduciaria con la cual se contrate.

2.2.2. Decreto 2245 del 24 de Noviembre de 2015

“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 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC”. Reglamenta el esquema para la prestación de los servicios de salud de la población privada de libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC.

- En el Artículo 2.2.1.11.4.2.1. Específicamente, sobre el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, dispuso ***que este debía ser especial, integral, diferenciado, con perspectiva de género y contar como mínimo con una atención intramural y extramural y una política de atención primaria en salud. De igual forma, que debía incluir todas las fases de la prestación de los servicios de salud, esto es, el diagnóstico, la promoción de la salud, la gestión del tratamiento y rehabilitación, así como intervenciones colectivas e individuales en salud pública***
- En su Artículo 2.2.1.11.6.1. El decreto incluyó algunas disposiciones sobre *tratamiento diferenciado en la atención en salud para las mujeres, niñas y niños menores de tres años, mujeres gestantes y lactantes, adultos mayores, personas con especiales afecciones de salud como portadores de VIH o enfermedades en fase terminal, población con patologías mentales y personas consumidoras de sustancias psicoactivas.*

2.2.3. Resolución 5159 del 30 de Noviembre 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”. Diseñado por el Ministerio de Salud y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios -USPEC-, cuyo contenido, en lo pertinente, se resume a continuación:

2.2.3.1. Prestación de los servicios de Salud UPA Intramural

Establece que **todos los centros de reclusión deben contar con una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria**, en donde se prestarán los servicios definidos en el Modelo de Atención en Salud. Indica así mismo que cada interno será atendido en esa Unidad de Atención Primaria una vez ingrese al establecimiento de reclusión, con el fin de realizar una valoración integral y orientar los programas de salud pertinentes. Es la puerta de entrada al servicio que además es obligado para el interno

La modalidad de telemedicina¹³ a nivel de los prestadores de servicios de salud primarios intramurales, como prestador remitente, en ciertos servicios que son priorizados en función de variables como población de internos, perfil epidemiológico de los establecimientos, condiciones de seguridad y dificultad en la accesibilidad a la red pública o privada. Esto con el propósito de mejorar el acceso a los servicios con oportunidad y calidad, contribuir a la eficiencia y a la disminución de los costos de la atención por reducción del número de traslados de pacientes a instituciones de mayor complejidad, descongestionar los servicios bajo la modalidad presencial y disminuir los tiempos de espera para recibir la atención. (Requisito habilitante en lo básico para lo que no deba o no logre ser presencial)

2.2.3.2. Red prestadora de servicios de salud Extramural

La define como el conjunto articulado de prestadores que trabajan de manera organizada y coordinada¹⁴, que buscan garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población interna, en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

De la misma hace parte y se articula como base el Prestador Primario Intramural
La red incluye:

¹³ Acoge el concepto de PRESTADOR PRIMARIO del Modelo de Atención Integral de Salud -MIAS- que practica la condición o principio de RESOLUTIVIDAD, porque es necesario brindar servicios especializados presenciales así no sean permanentes como consulta ambulatoria y brigadas de salud, además de la telemedicina

¹⁴ Esta condición es una de las varias razones para que el operador contratado se haga responsable de la atención intra y extramural, de servicios profesionales y especializados; y desde el diagnóstico hasta la rehabilitación

- **Prestadores de servicios de salud primarios extramurales:** están ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión, a través de los cuales los usuarios acceden al servicio cuando no es posible la atención por parte del prestador de servicios de salud primario intramural. El oferente debe garantizar por principio general el más cercano al ERON, salvo criterio favorable de calidad de otra IPS
- **Prestadores complementarios extramurales:** se encuentran ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión y requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización que no se encuentra disponible en la red de prestadores de servicios de salud primarios intramurales y extramurales.

2.2.3.3. Condiciones de Calidad

Las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias de ERON en los cuales el Operador contratado preste los servicios de salud en ámbito intramural, deberán acogerse a los lineamientos sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud establecidos en la normatividad nacional vigente, en especial lo establecido en la Resolución 256 de 2016, pero como punto de llegada y de manera progresiva a la manera de “Plan de Mejoramiento”, para ello se le permiten condiciones especiales que deben ser definidas en el Manual Técnico Administrativo de Prestación y el Manual Técnico Administrativo del SOGC, expedidos por la USPEC.

En lo que no puede haber diferencia es en las exigencias para los Prestadores de servicios de salud en ámbito Extramural del Operador, que deberán cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido en la norma precitada, y las normas que lo desarrollen, modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los indicadores trazadores de calidad¹⁵ relacionados en el numeral respectivo del presente documento servirán para monitorizar la calidad de la atención en salud, en términos de oportunidad, resolutivez, pertinencia, continuidad y cobertura.

¹⁵ Ver Numeral 8 Pautas Indicativas de Auditoria sobre la Gestión de Prestación de Servicios de Salud del Operador Intramural para la PPL y el anexo con indicadores de Calidad relevantes y los indicadores de cobertura y calidad para la estrategia de incentivos.

2.2.3.4. Sistema de referencia y contra referencia

Es definido como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a la población interna. La referencia es el traslado de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para la atención o complementación diagnóstica, por contar con mayor tecnología y especialización. La contra referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor da al prestador que remitió; es decir, es la remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir, de la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora o del resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

2.2.3.5. Salud pública y el Plan de Intervenciones Colectivas

El modelo señala que, como toda la población colombiana, las personas privadas de la libertad tienen derecho, sin discriminación, a disfrutar el más alto nivel de salud posible y, por tanto, ser partícipes de las políticas que en materia de salud pública se desarrollen en el país. Establece además las responsabilidades de los actores en materia de salud pública, esto es, de la USPEC, el INPEC, de las entidades territoriales y de los prestadores de servicios de salud.

Aquí la propuesta acorde con la realidad penitenciaria acoge el termino de salud Pública, asimilando los actores en materia de salud pública, esto es, de la USPEC, el INPEC como garantes de determinantes ambientales mínimos y de las actividades colectivas a manera del Plan de Intervenciones colectivas, dado que las competencias de las entidades territoriales son limitadas, en dicho sentido es procedente adoptar la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, y opcionalmente la de crónicas no transmisibles, de manera que el operador pueda adoptar gradualmente las Rutas que el ministerio de salud opere en la práctica en las entidades territoriales.

2.2.3.6. Seguimiento Evaluación del Modelo

El artículo 3,º de la Resolución 5159 de 2015 asigna la competencia de la implementación del modelo de atención en salud a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios -USPEC- en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC-, para lo cual deben adoptar los manuales técnico administrativos que se requieran y adelantar los trámites necesarios ante el

Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, y el Anexo de la Resolución 3595 establece al menos 6 seis componentes del seguimiento así:

.....”*SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD La USPEC, en coordinación con el INPEC, deberá realizar seguimiento y control al Modelo de Atención en Salud a la población privada de la libertad aquí definido, de forma tal que se garantice el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud. El seguimiento y evaluación del Modelo de Atención en Salud incluirá al menos los siguientes componentes:*

1. *Sistemas de Información*
2. *Auditoría para el mejoramiento de la calidad*
3. *Gestión del riesgo:*
4. *Cumplimiento de acciones en salud pública*
5. *Satisfacción de usuarios*
6. *Seguimiento administrativo*

6.1 *SISTEMAS DE INFORMACIÓN*¹⁶. *El Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario (SISIPEC) será la fuente principal de información de las autoridades penitenciarias, carcelarias, de salud y judiciales, en lo relativo a:*

- *Las condiciones de reclusión*¹⁷, *al igual que respecto...*
- *...del estado y atenciones en salud de cada una de las personas privadas de la libertad que se encuentren bajo custodia del Sistema Penitenciario y Carcelario.*
- *La USPEC en coordinación con el INPEC, medirán los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud que prestan servicios a la población privada de la libertad.*
- *En todo caso, el prestador de servicios de salud intramural, deberá cumplir con los requerimientos e informes del sistema de información del sector salud contemplados en la Ley 79 de 1979, el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 y el numeral 5.8 de la resolución 0429 de 2016 o las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.*

¹⁶ Obsérvese que el subcomponente de Sistemas de Información se encuentre en el primero y sexto componente. Dicho Sistema deberá ser construido gradualmente, ello exige que el operador garantice un flujo de información relevante de manera oportuna, que sea compatible o interoperable con el que los expertos en sistemas de la USPEC, definan.

¹⁷ No es competencia del Operador o Contratista, sino del INPEC, que puede apoyarse en el inventario que realice el Promotor de Salud Comunitario, sobre condiciones de hacinamiento, servicio permanente de agua, disposición de excretas y residuos sólidos, etc.

En definitiva, la implementación de un nuevo modelo asistencial que contempla recursos en el ámbito intramural y extramural para la máxima resolutiveidad de los problemas de salud de la PPL debe ser evaluada a partir de resultados enmarcados en los siguientes aspectos:

- Determinación y abordaje de las condiciones actuales de salud (tiempo exámenes de ingreso y calificación del riesgo)
- Número de personas por cada tipo de problema de salud
- Servicios de salud a prestar en los ERON
- Desviaciones en la prestación de servicios (oportunidad, calidad y pertinencia)
- Capacidad de respuesta a las necesidades de salud (implementación de servicios)
- Satisfacción con el servicio por parte de la PPL, los profesionales de la salud y los funcionarios del INPEC.
- Cumplimiento de indicadores establecidos en la normatividad vigente, y otros¹⁸

2.2.4. Resolución 3595 de 2016

La prestación de servicios de salud a la PPL debe ponerse en marcha bajo el nuevo modelo de atención establecido mediante la Resolución 3595 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones”

2.2.5. El Decreto 1142 de Julio de 2016

Modifica y complementa el decreto 1069 y el 2245 de 2015

El mismo establece condiciones para la PPL afiliada a ambos regímenes de la seguridad social en salud, y la que compra Planes voluntarios así: artículo 1: *"Sin embargo 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. **En estos casos, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales y la USPEC, deberán adoptar los mecanismos financieros y operativos, necesarios para viabilizar lo dispuesto en***

¹⁸ Ver numeral 8 relacionado más adelante en el presente documento y los indicadores de cobertura y calidad para la estrategia de incentivos.

el presente inciso, respecto de la atención intramural de los servicios de salud de la Población Privada de la a libertad a cargo del INPEC

Sobre esta norma y su reglamentación, en especial la resolución 3595 que establece la prioridad en el acceso al servicio extramural se recomienda al ministerio de salud actuar en consecuencia, para garantizar la atención por parte del Prestador Intramural de los servicios que el mismo brinda a los casi 7.000 internos que están en el régimen contributivo.

3. LA REFERENCIACION DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

La realidad penitenciaria en Colombia es compleja y adversa con una acumulación del problema que viene desde hace 3 décadas por lo menos, y se encuentra descrita permanentemente en los mismos medios de comunicación. Por ello la presente propuesta presenta sugerencias, recomendaciones, y, excepcionalmente, advertencias, que permitan controlar causas de enfermedad al interior de los ERON.

Se complementan adicionalmente con una revisión de varios modelos internacionales entre ellos el modelo Españolⁱ, el modelo Ingles, el caso Argentinoⁱⁱ y experiencias exitosas en Sanidad Penitenciaria de Zaragoza, País Vasco y Andalucía.

Los aspectos observados incluyeron la estructura organizativa de la Autoridad Penitenciaria, su relación con el Estado, la prestación de servicios, las lecciones aprendidas, el perfil epidemiológico y otros elementos que garantizan el cumplimiento de objetivos en la atención en salud de esta población.

De esta revisión se concluye que las Patologías con mayor prevalencia tanto en España como en Reino Unido y Argentina son la **enfermedad mental, las adicciones, las enfermedades infecciosas, entre ellas hepatitis víricas, el VIH y la TB, así como enfermedades comunes Diabetes, Tabaquismo, Hipertensiónⁱⁱⁱ**.

Salvo las enfermedades y en especial las infecciones intestinales y dermatológicas, este perfil de morbilidad no dista mucho de lo esperado para la población privada de la libertad PPL en Colombia. En ese sentido se pueden tomar algunas recomendaciones para la implementación de estrategias de atención en salud desde promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación como se menciona más adelante.

En todos los casos revisados se encuentra una estructura similar para la coordinación entre la asistencia especializada prestada por el Servicio de Salud extramural y los

servicios médicos penitenciarios o intramurales para garantizar particularmente la continuidad de los tratamientos (Coordinación de Sanidad Penitenciaria)^{iv}

La sanidad penitenciaria no debe ser una sanidad distinta y aparte de la sanidad pública que se enmarca en el Sistema de Salud, en especial en el control de las causas de enfermedad y trauma.

Las responsabilidades establecidas para el personal sanitario que presta sus servicios en la sanidad penitenciaria incluyen:

- Determinan los criterios para la derivación al nivel especializado de los enfermos que la precisan y hacen un seguimiento crítico.
- También son los responsables de asegurar el correcto cumplimiento de los programas de salud establecidos por la dirección del centro o por la administración sanitaria competente.
- Tienen que velar para que toda la documentación sanitaria esté correctamente cumplimentada y pueda estar a disposición de la dirección del centro y de los organismos sanitarios públicos. (Registros)

Las experiencias exitosas consideraron la replanificación inteligente de los servicios, esto es la designación de **un Operador del modelo con la participación de las autoridades penitenciarias, y la coordinación de responsables sanitarios** y otros grupos de interés^v.

Se considera fundamental establecer objetivos alcanzables y estrategias globales para la sanidad penitenciaria nacional; pero así mismo determina lo que se ha llamado “Prisión Health Delivery Plan” que involucra el desarrollo local en cada prisión de las estrategias nacionales de Salud Mental, Abuso de Drogas, Atención Primaria (incluyendo asistencia farmacéutica), Promoción de la Salud, Salud Dental y Control de Enfermedades Infecciosas. Así mismo, a mediano plazo la adaptación de guías de Práctica Clínica (ej.: VIH-TB-Hepatitis) enfocada a estandarizar el manejo por parte de todos los profesionales de atención intramural, incluyendo protocolos para garantizar protección y seguridad^{vi}.

Particularmente, llama la atención que el desarrollo de modelos de sanidad penitenciaria involucra avances tecnológicos y estrategias de última generación para garantizar la mayor resolutivez al interior del penal y evitando la referencia a nivel extramural; incluyendo una formación particular de los profesionales de la salud en aspectos relacionados con las características del sistema penitenciario, el perfil socio sanitario del Interno, características propias de la atención intramural, etc.

Un aspecto relevante y presente en todos los modelos es así mismo, la implementación de un sistema de información para la gestión de la atención de manera articulada y

verificando resultados periódicamente a través de indicadores epidemiológicos que orienten la planeación de los servicios^{vii}. La asistencia sanitaria que se da en los centros de salud penitenciarios tiene que estar coordinada con la hospitalaria para lograr una continuidad real de cuidados. Para ello, parece lógico que haya **una sola historia clínica electrónica a disposición de todos los profesionales implicados en el cuidado de un paciente**¹⁹. De esta forma, los profesionales de los centros penitenciarios tienen acceso en tiempo real al historial completo de sus pacientes, incluyendo la evolución de aquéllos atendidos en urgencias hospitalarias, ingresados en los hospitales de referencia, vistos en consultas especializadas, así como a los resultados de exámenes diagnósticos, al igual que ocurre en los demás centros de atención primaria. De esta manera se tiene la disponibilidad de datos epidemiológicos de cada centro, para que la autoridad penitenciaria pueda seguir ejerciendo su responsabilidad de autoridad sanitaria en materia de salud pública dentro del medio penitenciario. La incompatibilidad entre sistemas informáticos es un problema similar a lo que está ocurriendo en el resto del Sistema de Seguridad Social de Salud, en que cada EPS ha implantado un programa informático y una historia clínica electrónica distintos, a pesar de las exigencias legales de unificarlos.

Dentro de los avances tecnológicos considerados está el uso de Telesalud en general y la telemedicina en especial que constituye una herramienta muy útil, y en su defecto el operador debe ofrecer brigadas de especialistas que resuelvan la represa actual²⁰, y eviten futuras. El traslado de un interno de un centro penitenciario al hospital para una consulta es un proceso complejo, que consume recursos y tiempo. El proyecto, en el caso del país Vasco, se inició una experiencia piloto con una consulta telemática de VIH entre el Centro de Salud penitenciario de Nanclares-Zaballa y el Hospital Universitario de Álava, su centro de referencia. Para ello se utilizaron las líneas telefónicas instaladas para acceder al sistema informático y a las historias clínicas electrónicas²¹, y se colocaron cámaras y pantallas en ambos centros.

Con respecto al suministro de medicamentos fue necesario determinar la situación legal y administrativa de los depósitos de medicamentos de los centros penitenciarios²², y organizar y ordenar las actuaciones que al respecto debían realizarse. El primer paso fue adscribir, los depósitos de farmacia penitenciarios a los Servicios de Farmacia de los hospitales de referencia. Desde entonces, las compras de medicamentos se hacen a través de las farmacias hospitalarias. Por otra parte, la prescripción de medicamentos se

¹⁹ La futura vigencia contractual debe aprovecharse para obtener una data relevante simple y practica de las, condiciones individuales de salud, a manera de HISTORIA CLÍNICA ÚNICA DIGITALIZADA, que debe lograr progresivamente el operador a contratar y que debe estar interconectada y a disposición de la red intra y extramural de dicho operador, asegurando la contra referencia. (REQUISITO HABILITANTE Y/O OBLIGACION CONTRACTUAL)

²⁰ Existen en el Área Metropolitana del Valle de Aburra remisiones a consultas especializada desde la época CAPRECOM

²¹ La inversión del operador para el soporte tecnológico en caso de darse puede ser compensado por el uso de la dotación útil que tiene el INPEC, en especial en odontología

²² En principio no es deseable tenerlos en los ERON más críticos, salvo para un stock de urgencias. Debe tenerse en cuenta condiciones de infraestructura más críticos, la humedad, ventilación y luminosidad son innegociables

ha planteado en base a un VADEMECUM elaborado con base en las necesidades e incluyendo la política de genéricos. Es importante considerar la definición de las características que deben tener los depósitos de medicamentos, su forma de funcionamiento, dependencia, etc.

Con relación a SALUD MENTAL Y TOXICOMANÍAS como principal problema de salud, se han establecido dos estructuras de atención: la extrahospitalaria y la hospitalaria. Desde un punto de vista organizativo, y al igual que ocurre con los restantes centros de salud, la asistencia a la salud mental en cada centro penitenciario se ha adscrito a su Red de Salud Mental correspondiente. Por otra parte, y dado que este grave problema constituye una prioridad de salud, se ha creado un grupo de trabajo que analiza la situación en profundidad, para establecer soluciones integrales.

4. CONTEXTO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL

En el marco de la Reforma del Sector, el sistema de salud debe contribuir a mejorar la salud de la población y minimizar las disparidades observadas, empleando los conocimientos más avanzados y asegurando equidad de acceso a servicios de salud de alta calidad y capacidad resolutoria. Existe evidencia sobre los Sistemas de Salud organizados en torno a Atención Primaria y un Modelo de atención integral, basado en los principios de cuidado integral, continuidad, compromiso, contextualización de la enfermedad, gestión de riesgo y administración adecuada de los recursos, son el medio a través del cual se logran ambas metas. Por otra parte, el logro de los objetivos sanitarios requiere que toda la red de salud actúe en forma sinérgica y coordinada, en torno a las necesidades de las personas, y su comunidad, articulando todos los recursos que estén a su alcance para lograr el mejor estado de bienestar posible.

4.1. EL EQUIPO DE SALUD DE LA ATENCIÓN INTRAMURAL ES EL PROTAGONISTA Y BASE DEL MODELO

El modelo parte de relación entre los internos, y con su entorno INPEC en su conjunto, el equipo de salud, que se torna más adverso cuando no existen unas mínimas condiciones de la infraestructura carcelaria, las sanitarias no solo en lo ambiental, sino en el hacinamiento y los factores del consumo. Precisamente por lo anterior el equipo de salud al interior del ERON es el protagonista de la atención y en consecuencia del modelo, porque implica la transformación del sistema actual, desde la provisión de servicios de atención de salud hacia la “cultura del cuidado de la salud” que modifica favorablemente los factores del comportamiento individual y colectivo.

Entendiendo la atención de salud como un proceso continuo de cuidado integral de las personas el que por una parte se anticipa a la aparición de enfermedad y entrega herramientas para el autocuidado y por otra, frente a un problema de salud permite a la red de servicios de salud responder de manera oportuna, eficiente y eficaz para recuperar el estado de bienestar. Así también se procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad.

Se hace énfasis en controlar al máximo los estilos de vida no saludable, y los factores causales de la enfermedad, en fortalecer la responsabilidad comunitaria -incluyendo personal de guardianes, Dirección y administración, y el equipo de salud- para mejorar y mantener la salud. Así también se procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad.

4.2. LA PROPUESTA DE DEFINICIÓN AJUSTADA A LA NORMA Y PRACTICABLE EN LA REALIDAD PENITENCIARIA

La Resolución 3595 de 2016 adopta un Modelo de Atención Integral con enfoque comunitario en entornos vulnerables, como lo son los ERON, un buen referente para su implementación se define en los siguientes términos:

“Modelo de relación de los miembros del equipo de salud intramural del sistema de salud penitenciario con los internos, sus familias y la comunidad penitenciaria en general, en el que se ubica al interno en el centro de la toma de decisión y razón de ser del mismo. Se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros ganan en actividades en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios. El modelo se orienta a buscar el mejor estado de bienestar posible a través de una atención de salud integral, resolutive oportuna, como atributos de alta calidad y diferenciada en favor de los más vulnerables: niños, mujeres, discapacitados, gestantes, adultos mayores y adictos, haciendo el máximo uso de las áreas de salud intramurales y en su defecto, de la red de prestadores en el ámbito extramural. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad penitenciaria organizada en favor de la salud individual y colectiva”

El modelo integral de atención en salud se basa en que el equipo intramural de salud asume el cuidado de la salud de una población a cargo, en un trabajo colaborativo y de corresponsabilidad con ellos, y se enmarca de acuerdo con lo definido en la Resolución No. 429 de febrero 17 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Ello implica contacto cercano y permanente del equipo de cabecera y/o tratante, con dicha población y en todo el ciclo vital característico de la PPL en condición penitenciaria, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de intervención en una red articulada de servicios.

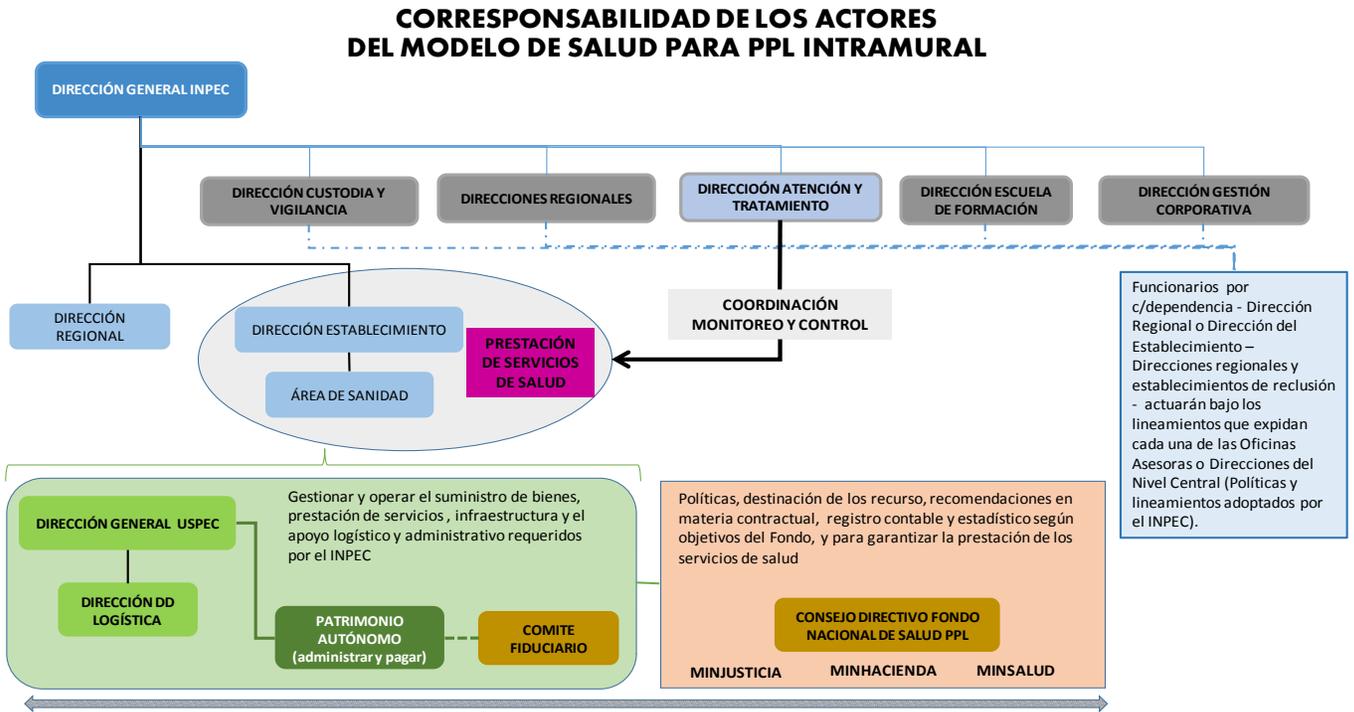
Esta visión impone exigencias al equipo intramural con respecto a conocer la población objetivo en toda su diversidad sociocultural, de género y los determinantes sociales de la salud en los distintos establecimientos penitenciarios y los territorios en que se ubican. El enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), permite entender la salud de la población como resultante de las interacciones entre la realidad biológica, mental, social, ambiental y cultural de las personas. Esto refuerza entonces la aplicación de un enfoque integral, biopsicosocial, y con calidad para el abordaje de los problemas a atender al interior de las cárceles.

Implementar el Modelo de Atención Integral en Salud para la PPL desde esta perspectiva, si bien no cambia el consenso de los principios y componentes que lo sustentan, implica el desafío de traducirlos a la práctica diaria de acuerdo con la corresponsabilidad de los equipos de salud intramurales y la debida articulación con los extramurales y el concurso de todos los actores involucrados en la operación del modelo a saber: Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, INPEC, USPEC, el Vocero y Administrador del FONAS-PPL, para implementar procesos de alta calidad y acciones concretas en el contacto con los usuarios en un entorno particularmente vulnerable (Ver gráfica No. 2)

4.3. LA CORRESPONSABILIDAD COMO CUALIDAD IMPRESCINDIBLE DEL MODELO

La práctica del modelo exige un actuar articulado del INPEC como establecimiento penitenciario y el área de salud ubicada a su interior, ello amerita que la regionalización del país, no desintegre las regiones del INPEC, salvo que la accesibilidad al servicio de salud extramural exija desintegrarlo como es el caso de los establecimientos ubicados en el Tolima que pertenecen a la región INPEC del Viejo Caldas, con dicha salvedad debe mantenerse igual.

Grafica No. 2
CORRESPONSABILIDAD DE LOS ACTORES DEL MODELO DE SALUD PARA PPL



Elaborado: Grupo de Asesores PS

5. IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SALUD PARA LA PPL EN COLOMBIA

Los principios básicos del modelo se basan en desarrollar en las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias en Salud²³ de cada ERON, un entorno saludable que incluya los derechos humanos y legales de los internos y del personal del INPEC. En este sentido, se ha tomado la decisión de realizar una convocatoria para la contratación de un operador que combinando los recursos intramurales disponibles que deberán ser adecuados para la prestación del servicios de salud en un ambiente propicio, además de sus propios recursos y eventualmente recursos contratados, realice la organización y prestación de los servicios de salud necesarios para dar respuesta en al menos el 60%²⁴ a los problemas de salud prevalentes de la PPL, logrando un 70% en un horizonte de 3 años, de acuerdo a perfil epidemiológico descrito y cualificándolo a partir del examen

²³ La UPA se asimila al Prestador Primario acorde con el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, la atención de urgencias se sustenta en la normatividad especial para la PPL, que no siempre es permanente y se puede asimilar a un servicio de atención prioritaria.

²⁴ La capacidad resolutoria debe ser objeto de medición al controlar y disminuir las remisiones a nivel extramural tomada según línea de base que reporta el INPEC en los últimos años, y debe ser objeto de auditoria y seguimiento. La estadística base debe tenerla el INPEC, o sino debe construirse en los primeros 3 meses una línea base, que permita el monitoreo de su desempeño

médico de ingreso, y teniendo como marco los lineamientos establecidos en el numeral 1 del Anexo Técnico de la Resolución 3595 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones”²⁵.

El Modelo adoptado por la Resolución 3595 de 2016 para la prestación de servicios a la PPL contempla:

5.1. EL ENFOQUE Y LAS FASES DEL MODELO

Las fases: promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad;

Enfoque biopsicosocial: enfoque participativo de salud y enfermedad que postula además del factor biológico-químico, el psicológico: conductas, pensamientos y emociones; y los factores sociales, porque desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de la enfermedad o discapacidad. De esta manera, la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos. Contrasta con el modelo reduccionista tradicional, únicamente biológico que sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anomalía del desarrollo o lesión.

Con base en estas características, el desempeño del modelo deberá garantizar fases o acciones frente a todos los problemas de salud que afecten a la PPL de:

- a) Prevención y Control de Factores de Riesgo (educación, capacitación, cambios de hábitos)
- b) Detección temprana y Diagnóstico oportuno
- c) Intervención y Tratamiento
- d) Rehabilitación

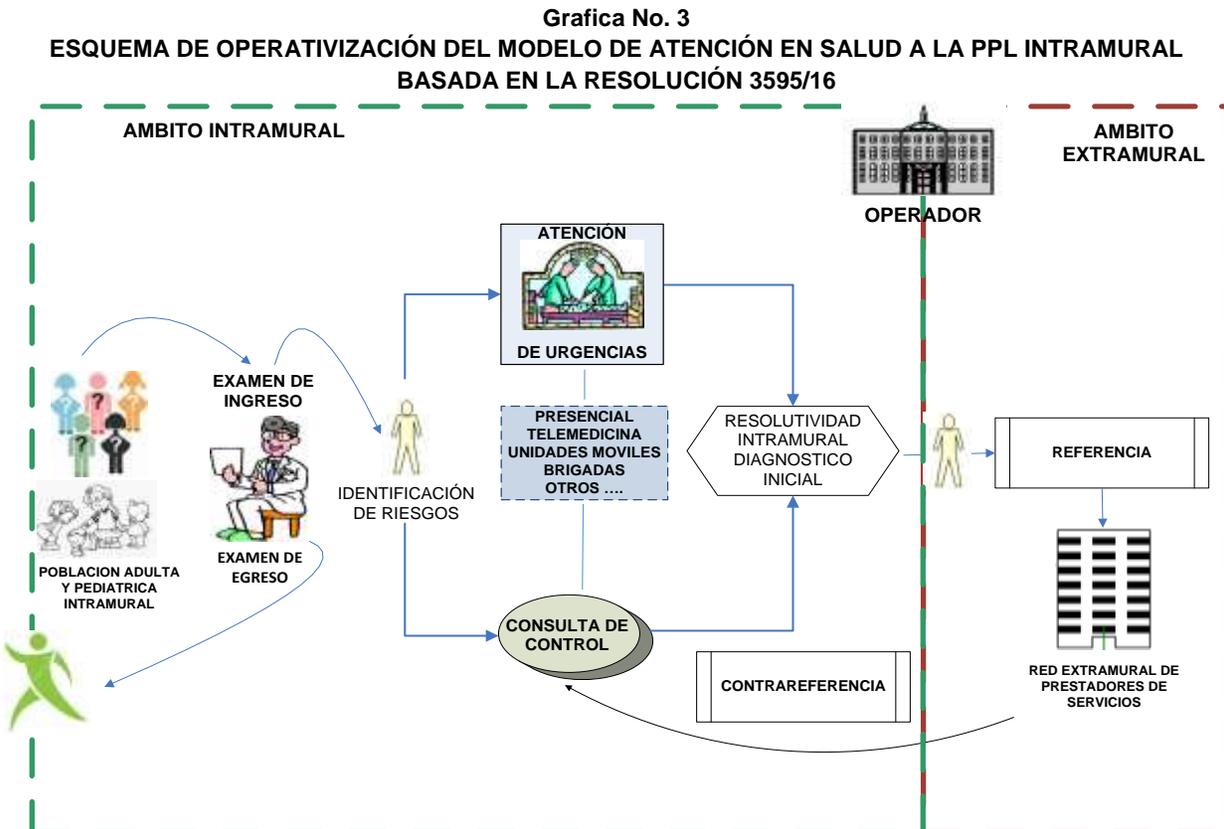
5.2. LOS COMPONENTES DEL MODELO Y SU OPERATIVIZACION

- 1) Prestación de Servicios de Salud
- 2) Red Prestadora de Servicios de Salud
- 3) Condiciones de Calidad
- 4) Sistema de Referencia y Contrarreferencia

²⁵ La organización y prestación de servicios de salud de acuerdo con los lineamientos del numeral 1. del anexo técnico de la resolución 3595 de 2016, será objeto de auditoría para evaluar el resultado en la solución de los problemas prevalentes y la disminución de la incidencia de nuevos problemas de salud.

- 5) Salud Pública
- 6) Seguimiento y Evaluación del Modelo.

Con esta orientación y lo contemplado en la normatividad vigente, se diseña la implementación del Modelo basado en la gestión integral, con un esquema de operativización que parte de la identificación de la población objeto con la reseña y alta por parte del INPEC al ser la persona incluida en la base de datos, como se puede apreciar en la Gráfica No. 3.



Elaborado: Grupo de Asesores PS

A partir de este momento, la inclusión en la base de datos, se programa y realiza el **examen de ingreso** que permite identificar riesgos de salud para cada miembro de la PPL. La gestión integral a través de estrategias que propendan por mayor resolutividad a nivel intramural, incluye propuestas que conduzcan a prestación de servicios ambulatorios al interior del establecimiento, y en su defecto por lo menos establecer los diagnósticos iniciales que la referencia de pacientes se realice en forma eficiente con

calidad y oportunidad a la red extramural; así mismo se exige que la contrareferencia²⁶ permita establecer de manera clara el manejo del paciente en el ámbito intramural.

El modelo así descrito, es el conjunto de estrategias que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios, y permite un flujo de información efectiva; aspectos considerados en su implementación.

5.3. POBLACIÓN OBJETO

Si bien la resolución 3595 de 2016 establece como destinatarios del modelo de atención a toda la población privada de la libertad, ya sea que se encuentre en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo vigilancia electrónica por parte del INPEC; la presente propuesta de implementación y operativización del modelo de prestación de servicios **solo tiene en cuenta a aquellas personas que se encuentran al interior de los establecimientos de reclusión, bajo la denominación de “penitenciaria y carcelaria” o en "Estado: Intramural"** en el censo del INPEC, así como a **los menores de tres (3) años que convivan con sus madres** en los Establecimientos de reclusión del orden nacional - ERON.

Tal y como se establece en el Procedimiento Aseguramiento en salud para la Población Privada de la Libertad establecido por el INPEC, desde que la persona Ingresa bajo la custodia y vigilancia del INPEC se establece si es o no beneficiario de la cobertura en salud que brinda el Fondo Nacional de Salud de las PPL - FONAS-PPL, en las condiciones y bajo los parámetros de la normatividad vigente en esta materia. Existen dos momentos que afectan su estado como beneficiario, que se respaldan con los correspondientes registros en el sistema de información del Instituto SISIPPEC (Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario):

- Alta: Es el ingreso al Sistema Penitenciario y Carcelario
- Baja: Es la salida del privado de la libertad del Sistema Penitenciario y Carcelario

En el momento de establecer de “Alta” su estado de beneficiario de la cobertura del FONAS-PPL, el Decreto 2245 de 2015, en el Parágrafo del artículo 1, modificado por el Decreto 1142 de 2016, artículo 1, establece lo siguiente: *"Sin embargo 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*

²⁶ El tener una historia clínica única y digitalizada, favorece la referencia y contrareferencia adecuada

regímenes en los términos definidos por la ley y sus reglamentos y podrá conservar su vinculación a un Plan Voluntario de Salud. **En estos casos, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales y la USPEC, deberán adoptar los mecanismos financieros y operativos, necesarios para viabilizar lo dispuesto en el presente inciso, respecto de la atención intramural de los servicios de salud de la Población Privada de la a libertad a cargo del INPEC**²⁷. En este orden de ideas, se clarifica desde el ingreso la población objeto de la implementación del Modelo.

5.3.1. Garantía del Acceso a Servicios Integrales

En este sentido, la Resolución 3595 de 2016 prevé en el artículo 3o. Garantía en el acceso y pago de los servicios de salud, lo siguiente:

"Con el fin de articular la atención en salud de la población privada de la libertad, las Entidades Promotoras de Salud - EPS y las entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, deberán tener en cuenta que:

3.1 Las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria, serán la puerta de entrada a la atención en salud que se brindará a sus afiliados que hagan parte de la población privada de la libertad.

3.2 Para la prestación de los servicios de salud intramurales a sus afiliados, considerarán a los operadores de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en salud penitenciaria y carcelaria²⁸, para la prestación de dichos servicios.

3.3 Cuando se presten servicios de salud a sus afiliados, que hagan parte de la población privada de la libertad, a través de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en salud Penitenciaria y Carcelaria, se reconocerán los servicios en los términos de los mecanismos financieros y operativos convenidos y según lo previsto en la normatividad vigente." y

²⁷ Es conveniente y a manera de recomendación se propone que, así como opera el mecanismo de "portabilidad" en el SGSSS, en el presente caso se estudie con el Ministerio de Salud un mecanismo que obligue a la EPS respectiva a la contratación con el operador contratado por el consorcio fiduciario, todo ello en el marco de la accesibilidad cercana al servicio, en los términos de la Ley Estatutaria.

²⁸ En términos judiciales carcelaria es el interno "sindicado" que no es estable y penitenciaria es "condenado"

Para los Planes voluntarios en el Artículo 4o. establece: "*Cuando la población privada de la libertad, requiera servicios extramurales de su Plan Voluntario de Salud, el desplazamiento para dicha atención se realizará de conformidad con los lineamientos de seguridad que defina el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC*".

Sin embargo, el modelo contempla dentro de sus contenidos dos actividades propias de éste: Examen de Ingreso y Examen de Egreso, que para la población afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, deben realizarse con cargo al FONAS-PPL; lo mismo ocurre con los Servicios de Urgencias, que *con el fin de hacer del acceso a la salud de esta población, una situación que esgrime y garantice los principios de Oportunidad, Eficacia, Calidad, Integralidad y Continuidad*, como lo establece el Manual Técnico Administrativo para la Prestación del Servicio de Salud a la PPL expedido por la USPEC (Código: M4-S2-MA-03), deberán ser atendidas por el Operador en cada establecimiento conforme a la infraestructura y recursos disponibles.

5.3.2. La Macroregionalización Propuesta y su Justificación

Los criterios que definen la regionalización de la PPL, son tres fundamentalmente:

- **La dimensión actuarial entre el riesgo epidemiológico y financiero**

El mismo exige el mínimo posible de regiones para efectos de diluir el riesgo, bajo la premisa que entra mayor población menor riesgo, situación que no siempre se cumple.

Los expertos han planteado que la ubicación territorial debe tenerse en cuenta para definir si mayor población si logra diluir y adicionalmente disminuir el costo administrativo, y por ello se toman medidas ex-ante o previa como es el incremento de la prima, per cápita o UPC, según el caso, y el ejemplo son las primas a la UPC, por dispersión poblacional, o sea de las zonas más apartadas del país, pero en la realidad el gasto fue mucho menor porque la población tiene restricciones de acceso geográfico por el transporte y su costo, ante ello se creó la prima de grandes ciudades o conurbaciones.

La lógica puede conducir a que el costo o gasto percápita puede ser mayor en los ERON de mayor población, por los factores causales de enfermedad que en los menores que pueden tener mejores condiciones

- **La Accesibilidad y otros criterios de calidad del servicio**

Conduce a lograr cercanía entre los ERON y las regiones del INPEC, con el respectivo operador, en otros términos, se recoge la experiencia del sistema de salud y del régimen subsidiado en especial, en el cual la EPS no soporta en el departamento respectivo su presencia administrativa, y en ocasiones tampoco red de servicios disponible, ello conduce a autorizar servicio en IPS lejanas de la residencia del afiliado, situación similar ha sido reclamada por el magisterio en su servicio.

- **La ubicación territorial:**

El sistema de seguridad social en salud reconoció inicialmente zonas de alta dispersión y alejadas como los nuevos departamentos, sin embargo, ello no se cumplió, incluso el gasto fue menor que en zonas normales, salvo en San Andrés por los altos costos de transporte. Y fue mayor en las grandes ciudades: que exigió crear prima de conurbados a expensas de la reducción de las zonas dispersas.

5.3.2.1. La propuesta inicial

Fue presentada en octubre, tuvo como referencia el mínimo número plural de regiones, por ello se estructuró en dos grandes macroregiones, soportada en el criterio actuarial o financiero, en aras de lograr un equilibrio razonable, ello fue además recomendación planteada al consultor por parte del Consorcio y representantes del Consejo Directivo.

5.3.2.2. La propuesta actual

Se modifica al concluir que afecta la lógica aplicada desde el acceso al servicio en dos sentidos:

- Los establecimientos del Tolima, deben hacer parte de la Región Central y no del viejo Caldas, por razones de lo que se denomina los “cronos” que es la comparación de variables combinadas de distancia-tiempo a la red extramural de mediana y alta complejidad, y la evidencia es incuestionable en cuanto a la cercanía a Bogotá, además la misma red del Tolima tiene el mismo desarrollo que la del Viejo Caldas.

- La Costa Caribe y el Nororiente han generado un desarrollo mayor al de las demás grandes regiones del país, en vías y red de servicios, tanto en su red vial que es clave desde la demanda de servicios, para el tema de salud, tanto la Costa caribe, con Barranquilla y Cartagena a la cabeza, como los Santanderes y Arauca, por el desarrollo de servicios en Bucaramanga, reclaman su “autosuficiencia” ello nos permite sustentar una tercera región.

El Anexo No. 1 DISTRIBUCIÓN PPL POR ESTABLECIMIENTO, corresponde a la distribución de la población privada de la libertad con estado Intramural en los 136 Establecimientos del INPEC. Tabla que presenta además tres Macroregiones en las que se concentran los establecimientos, respetando la conformación de las seis (6) regionales contempladas en la estructura organizacional del INPEC, con la sola excepción de los ubicados en Tolima, pero pertenecientes a la Región del Viejo Caldas. Dentro de las 136 estructuras relacionadas en la tabla, 136 son ERON del INPEC, se tiene el POFAC FACATATIVA (POLICIA) ERM (Establecimiento Penitenciario y Carcelario para miembros de la Policía Nacional).

En la siguiente Tabla No. 4 se resume la población con el detalle de los grupos étnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para los análisis y proyecciones de la UPC.

Tabla No. 4
Distribucion Absoluta de la PPL según Macroregiones y por edad y sexo

MACROREGIONALIZACIÓN	ADULTOS			MENORES			TOTALES		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
MACROREGION UNO (60 ESTABLECIMIENTOS)	3.662	41.374	45.036	39	28	67	3.701	41.402	45.103
MACROREGION DOS (47 ESTABLECIMIENTOS)	2.802	40.914	43.716	18	11	29	2.820	40.925	43.745
MACROREGION TRES (29 ESTABLECIMIENTOS)	1.106	23.834	24.940	5	10	15	1.111	23.844	24.955
TOTAL NACIONAL (136 ESTABLECIMIENTOS)	7.570	106.122	113.692	62	49	111	7.632	106.171	113.803
	6,65%	93,25%		0,05%	0,04%		6,71%	93,29%	100,00%

Fuente: INPEC BASE PPL DIC-16-16 * Elaborado: Grupo de Asesores PS

De acuerdo con la estructura organizacional del INPEC existen seis (6) regionales, sin embargo, para efectos de la implementación del modelo y proceso de contratación de operadores, y considerando apenas aceptable un perfil epidemiológico específico para la PPL en general, por regional, o por

establecimiento, de una parte, además de un valor per-cápita único para toda la PPL a nivel nacional²⁹, se recomienda establecer tres macroregiones o grandes zonas con mayor población a atender, lo que permite que la gestión del riesgo en salud y su dispersión en la población objeto, sea más viable y atractivo en lo operativo y lo financiero para los interesados en ofertar y a la vez mantener equidad en relación con la distribución por grupo etáreo y sexo de la población asignada.

Para el proceso de selección de Operador en el proceso de implementación del modelo, no se consideró tener las seis regionales ni la opción de cada establecimiento por separado, pues además de lo mencionado anteriormente, administrativamente dificulta la labor de supervisión y seguimiento.

De otra parte, al contar con más de un operador durante la fase de seguimiento se podrá comparar el desempeño de los diferentes indicadores entre las tres macroregiones, y facilitar la retroalimentación para el mejoramiento continuo; y permite evaluar la opción de continuidad en la prestación del servicio aprovechando la experiencia aprendida.

Tabla No. 5
Distribucion relativa (%) de la poblacion según sexo y total por cada region y total

MACROREGIONALIZACIÓN	ADULTOS			MENORES			TOTALES		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
MACROREGION UNO (60 ESTABLECIMIENTOS)	8,12%	91,73%	99,85%	0,09%	0,06%	0,15%	8,21%	91,79%	100,00%
MACROREGION DOS (47 ESTABLECIMIENTOS)	6,41%	93,53%	99,93%	0,04%	0,03%	0,07%	6,45%	93,55%	100,00%
MACROREGION TRES (29 ESTABLECIMIENTOS)	4,43%	95,51%	99,94%	0,02%	0,04%	0,06%	4,45%	95,55%	100,00%
TOTAL NACIONAL (136 ESTABLECIMIENTOS)	6,65%	93,25%	99,90%	0,05%	0,04%	0,10%	6,71%	93,29%	100,00%

Fuente: INPEC BASE PPL DIC-16-16 * Elaborado: Grupo de Asesores PS

Las tres macroregiones (Ver Tablas No. 4 y No. 5) aportan en su orden: el 39,6%, 38,4% y 22% respectivamente, la macroregion Norte Nororiente, aporta casi 25.000 beneficiarios que puede calificarse como un pool de riesgos pequeño, pero las exigencias legales, territoriales y socioepidemiológicas en cuanto a accesibilidad, oportunidad y calidad en general hacen conveniente su separación, deben tener una responsabilidad red autosuficiente y de administración en el mismo territorio

²⁹ Salvo un diferencial para la PPL de San Andrés, que se estimará con el experto financiero.

como requisito habilitantes, si puede por este caso permitirse presentar ofertas en dos macroregiones siempre y cuando esta sea una de ellas.

Para el gran total y la macroregion Central: los hombres aportan el 93,3% y las mujeres el 6,7% restantes, sin embargo al interior de las otras dos regiones hay una diferencia: las Occidentales tienen mas mujeres aportando el 8,2%, y las del Norte y Nororiente solo el 4,5%, y ello lo causa el grupo de adultos obviamente. Por su parte así sea marginal el aporte de menores en la macroregion occidental es el doble, 0,15%, que en las restantes, 0,07%. De los 111 menores, 67, que equivale al 60% están en dicha macroregion y como veremos concentrados en Popayan y el área metropolitana de Cali..

Tabla No. 6
POBLACION PPL INTERNA SEGÚN MACROREGIONES TERRITORIALES
POR GRUPOS ETAREOS Y SEXO

Grupo etareo	MACROREGION UNO - 60 ESTABLECIMIENTOS				MACROREGION DOS - 47 ESTABLECIMIENTOS				MACROREGION TRES - 29 ESTABLECIMIENTOS				TOTAL GENERAL			
	Distribución por sexo		Total	Participación (Grupo Etareo)	Distribución por sexo		Total	Participación (Grupo Etareo)	Distribución por sexo		Total	Participación (Grupo Etareo)	Distribución por sexo		Total	Participación (Grupo Etareo)
	F	M			F	M			F	M			F	M		
Menor de 1 año	5	10	15	0,03%	8	4	12	0,03%	1	2	3	0,01%	14	16	30	0,03%
1 a 3 años	34	18	52	0,12%	10	7	17	0,04%	4	8	12	0,05%	48	33	81	0,07%
18 años	13	149	162	0,36%	4	74	78	0,18%	5	93	98	0,39%	22	316	338	0,30%
19 a 44 años	2812	34595	37.407	82,94%	2274	33149	35.423	80,98%	891	19850	20.741	83,11%	5.977	87.594	93.571	82,22%
45 a 49 años	322	2.403	2.725	6,04%	207	3.035	3.242	7,41%	87	1.514	1.601	6,42%	616	6.952	7.568	6,65%
50 a 54 años	254	1.745	1.999	4,43%	169	1.993	2.162	4,94%	73	1.017	1.090	4,37%	496	4.755	5.251	4,61%
55 a 59 años	148	1.146	1.294	2,87%	87	1.253	1.340	3,06%	31	641	672	2,69%	266	3.040	3.306	2,91%
60 a 64 años	77	732	809	1,79%	33	755	788	1,80%	11	354	365	1,46%	121	1.841	1.962	1,72%
65 a 69 años	20	330	350	0,78%	23	351	374	0,85%	5	207	212	0,85%	48	888	936	0,82%
70 a 74 años	9	149	158	0,35%	2	183	185	0,42%	1	101	102	0,41%	12	433	445	0,39%
75 y más	7	125	132	0,29%	3	121	124	0,28%	2	57	59	0,24%	12	303	315	0,28%
Totales	3.701	41.402	45.103	100,00%	2.820	40.925	43.745	100,00%	1.111	23.844	24.955	100,00%	7.632	106.171	113.803	100,00%
PARTICIPACIÓN DEL TOTAL PPL	39,63%				38,44%				21,93%				6,71%	93,29%		

Fuente: INPEC BASE PPL DIC-16-16 * Elaborado: Grupo de Asesores PS

NOTA: INCLUYE COMO ESTABLECIMIENTO MILITAR SOLO POFAC (POLICIA EN FACATATIVA)

No presentan las 3 macroregiones diferencias significativas en cuanto a poblaciones extremas: menores de 1 año y mayores de 60 años, que conduzcan a una selección de riesgos inequitativa entre ellas (Ver Tabla No. 6).

Para la depuración y mantenimiento de base de datos de la que dispondrá el Operador, el INPEC a través del Consorcio debe informar permanentemente y de manera oportuna al Operador la población que ingresa y que se encuentra afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, con el fin de que el Operador proceda conforme a lo acordado con las Entidades responsables, para la prestación del servicio o referir a la red correspondiente. La distribución entre las

dos regiones definidas, de esta población se encuentra resumida por asegurador en la Tabla No. 7.

5.3.3. La Población Afiliada al Régimen Contributivo

En total a diciembre tenemos 6.853 personas, de ellas el 93% son hombres con 6.349. El 45% del total se ubican en la región central, y la región Norte-nororiente tiene solo el 17%, 1134 beneficiarios, distribuidos por mitad entre ambas regiones INPEC.

De 31 EPS, las 10 primeras (Ver Tabla No. 7) tiene el 96,6%, Cafesalud solamente tiene la tercera parte, que sumado a Salud Total y Nueva EPS, alcanzan el 60%, situación que no hace difícil convocarlas para lograr contratación con los operadores seleccionados, para los servicios intramurales y para articular los servicios no incluidos en el POS.

14 EPS del régimen subsidiado, tienen escasos 181 beneficiarios, por movilidad del régimen subsidiado que consiguen empleo y que seguramente es coyuntural, lo que los lleva a estar migrando a financiación del presupuesto del Fondo nacional

Ver detallado en el Anexo No. 2 PPL AFILIADA AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO O ESPECIAL

Tabla No. 7
Población PPL afiliada al Régimen Contributivo Según región INPEC y Macroregiones

CODIGO ENTIDAD	NOMBRE ENTIDAD	MACROREGION UNO						MACROREGION DOS		MACROREGION TRES				TOTAL	%
		OCCIDENTE		NOROESTE		V. CAL. SIN TOL		CENTRAL (CON TOLIMA)		NORTE		ORIENTE			
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
EPS003	CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA SA	36	273	30	307	13	125	76	964	7	131	27	260	2.249	32,82%
EPS002	SALUD TOTAL S.A ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	6	78	15	129	13	86	26	411	3	140	6	78	991	14,46%
EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	12	161	9	131	8	49	19	269	4	81	3	83	829	12,10%
EPS005	E.P.S. SANITAS	4	69	4	25	1	13	26	280	1	39	2	46	510	7,44%
EPS010	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	4	52	26	263	-	24	2	90	1	28	1	14	505	7,37%
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	12	100	5	100	2	29	8	87	4	56	4	46	453	6,61%
EPS008	COMPENSAR E.P.S.	-	8	-	3			21	282	-		-	3	326	4,76%

CODIGO ENTIDAD	NOMBRE ENTIDAD	MACROREGION UNO						MACROREGION DOS		MACROREGION TRES				TOTAL	%
		OCCIDENTE		NOROESTE		V. CAL. SIN TOL		CENTRAL (CON TOLIMA)		NORTE		ORIENTE			
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
						-	4				5				
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A	2	33	4	50	-	5	13	194	-	3	-	1	305	4,45%
EPS017	FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	1	5	-	1	-	3	21	200	-	3	-	12	246	3,59%
EPS012	COMFENALCO VALLE	7	119	-	2	-	3	-	7	-	1	-	-	139	2,03%
	SUBTOTAL	84	898	93	1.011	37	341	212	2.784	20	487	43	543	6.553	95,62%
	OTROS	6	99	1	20	1	54	7	71	-	23	-	18	300	4,38%
	TOTAL	90	997	94	1.031	38	395	219	2.855	20	510	43	561	6.853	100,00%
TOTAL MACROREGIONES		2.645						3.074		1.134					
% POR MACROREGION		38,60%						44,86%		16,55%					

Fuente: INPEC BASE AFILIADOS CONTRIBUTIVO FEBRERO 6-17 * Elaborado: Grupo de Asesores PS

5.4. CARACTERISTICAS DEL MODELO

Teniendo en cuenta lo contemplado por:

- La normatividad especial para la PPL
- Lo que de la normatividad general de salud aplica para la PPL
- La realidad de la vivencia carcelaria del país y lo que de ella puede modificarse favorablemente para la salud de la PPL.
- Las causas de enfermedad y trauma y la situación de salud de la PPL en condición de internos o intramural, tanto en lo individual como en lo colectivo

Se hace necesario definir los principios que caracterizan la gestión del modelo de atención a la PPL y que debe garantizar el Operador, sin detrimento de los principios que rigen la prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

- Integralidad:** Es una de las cuatro características básicas de la atención primaria de salud, junto con la accesibilidad, la coordinación, y la longitudinalidad. La integralidad se concreta en tres abordajes desde los servicios:

- Desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el trauma, el tratamiento o la atención curativa y los cuidados terminales integrados y coordinados en función a las necesidades de cada paciente.³⁰
- La atención integral debe atender los aspectos biológico, psíquico y social de cada paciente; y con una alta base clínica y solvencia científica, para ser un médico polivalente y resolutivo.
- Desde los servicios más básicos que puede proveer un promotor de salud en aspectos educativos, la consulta médica general como actividad nuclear de cualquier sistema de salud, hasta los más especializados o complejos.

- II. **Alta Resolutividad:** Es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, en el nivel de atención pertinente, como hemos sustentado, se debe lograr que el prestador primario intramural resuelva al menos el 60% de los problemas de salud de la PPL, lo que disminuirá a niveles manejables la remisión a la red extramural primaria y complementaria.

Contempla dentro de los componentes de la atención: Consulta, apoyo diagnóstico y procedimientos de baja y mediana complejidad. Además, el operador deberá evaluar según perfil otras requeridas, a partir de la identificación de riesgos en el examen médico de ingreso. Ver adelante el detalle de recurso humano.

- III. **Accesibilidad:** La atención es resolutiva si es accesible a través de la gestión del conjunto del proceso asistencial en el nivel que se requiera para la atención. El liderazgo clínico dentro de las organizaciones de atención de salud la tiene el equipo para aquellos problemas de salud que tienen que ser abordados específicamente por el Prestador Primario de salud intramural, y en su defecto es clave la distancia y especial el tiempo al prestador extramural desde el primer nivel de atención hasta el más especializado³¹.

- IV. **Continuidad:** La coordinación asistencial es la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente, independientemente del lugar y del tiempo en el que sea atendido. Ésta es una de las expectativas que con

³⁰ Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344(8930):1129-33; OMS. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. EB124/SR/11. 2009 enero 26; Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF. 2012; 8(6):312-7.

³¹ Proyecto Mpar-5 -Mejora los Procesos de Evaluación de Resultados en Atención Primaria - Poder Resolutivo y Atención Primaria, Factores limitantes Visiones y Aproximaciones, Septiembre 2003; Montserrat Figuerola, María Jesús González, Antoni Ponsà, Rocio María Riera, Amando Martín Zurro

más frecuencia ha sido expresada por los pacientes y el personal sanitario^{viii}. La continuidad asistencial según la definición clásica, es la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de esta asistencia coordinada, que recibe a lo largo del tiempo, y que garantiza los resultados efectivos frente a la solución del problema de salud.

La coordinación asistencial del servicio de salud, -requisito habilitante- que deberá garantizar el operador del servicio contratado, se constituye como herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad de vida y satisfacción de los usuarios; hecho que se hace más relevante en la atención de pacientes pluripatológicos o con enfermedades crónicas complejas. Los elementos que integran la continuidad asistencial se han agrupado en 3 áreas: Continuidad de relación, de información y de gestión.

- Continuidad de relación: Hace referencia al vínculo entre el paciente y su médico de atención primaria o de atención hospitalaria.
- Continuidad de información: Hace referencia a la transferencia de la información clínica.
- Continuidad de gestión: Hace referencia a la coherencia de los cuidados establecidos para el paciente y a la accesibilidad que tiene el paciente para acceder a ambos niveles.

- V. **Oportunidad:** Hace referencia a lo conveniente de lograr que en el contexto de la atención médica a nivel intramural, se dé en el momento propicio para lograr el objetivo de promover, prevenir, tratar, recuperar, la salud, en forma efectiva y segura. Esto es, brindar el servicio requerido a una persona sana para evitar que se enferme, y a una persona enferma anticipándose al empeoramiento de las condiciones de salud.
- VI. **Efectividad** (Mejora de indicadores de salud) Busca lograr el resultado en salud, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos.
- VII. **Calidad** Comprensivo, Compasivo, Humanizado y con Recurso Humano calificado.

Es la capacidad de disponer los recursos para conseguir un resultado esperado en salud. Imperativo ético de la atención integral en salud; hace referencia a la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención a la

población privada de la libertad, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo.

5.5. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS DE LA UPA INTRAMURAL

Son áreas o características de las áreas que condicionan procesos críticos asistenciales.

EL INPEC – USPEC debe garantizar cumplir con lo establecido en la normatividad de infraestructura en salud, para que un operador pueda llevar a cabo la prestación de servicios de salud al interior de los reclusorios.

Las normas aplicables son Resolución N° 4445 de 1996, Por el cual se dictan las normas para el cumplimiento de las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, y los Decretos 5042 de 1996 y Decreto 2240 de 1996; así mismo, con la Resolución 1043 de 2006 anexo técnico 1, Estándar instalaciones físicas, el Decreto 1669 de 2002 que modifico el Decreto 2676 de 2000 en relación con la gestión integral de residuos hospitalarios; y con las normas específicas para el mantenimiento de Sistemas Eléctricos e Hidro Sanitarios: RETIE- instalaciones eléctricas Resolución 180466 de abril 2 de 2007 y NTC 2050 -Código Eléctrico Nacional, NTC 1500 -Código Colombiano de Fontanería y Resolución 2003 de 2014, en el estándar de dotación.

Es necesario que existan las condiciones y garantías mínimas para evitar que factores de riesgo que no están bajo el control del Operador impacten en la incidencia de patologías evitables que repercutan en el gasto en salud no presupuestado en el valor per cápita, por ejemplo, en el caso de las intoxicaciones de origen alimentario.

Estas condiciones tienen que ver con:

- Accesibilidad al medio físico (área de salud) de conformidad con la Ley 361 de 1997.
- Suministro de agua potable y del fluido eléctrico cuya ausencia o incumplimiento genera riesgo para los pacientes.
- Condiciones mínimas y esenciales para el manejo de residuos sólidos y líquidos, cuyo incumplimiento genera riesgo para el paciente.
- Condiciones del medio ambiente externo e interno inmediato correspondiente a las áreas de cada servicio, cuya ausencia o incumplimiento genera riesgo para la seguridad de los pacientes.

Suministro de servicios públicos: La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica.

Las acometidas hidráulicas interiores para suministro de agua deberán estar diseñadas y construidas de tal manera que garanticen un normal funcionamiento con distribución continua y presión constante en todos y cada uno de los puntos de consumo.

Características de la red de agua potable -La red interna de agua potable habrá de tener garantías de total estanqueidad, aislamiento y correcta circulación del agua. Para ello se procurará que la red sea lo más mallada posible (con tuberías intercomunicadas), suprimiendo los ramales o instalaciones fuera de uso para disminuir el riesgo de proliferación de microorganismos.

Cuando se realice una nueva instalación de agua o se cambie parte de una ya existente, se recomienda que sea de cobre, acero inoxidable o materiales plásticos resistentes a la temperatura y no susceptibles de ceder sustancias contaminantes al agua (para el cumplimiento de la reglamentación vigente sobre normas básicas UNE 100-030-94 para la prevención de la Legionella en instalaciones).

Los materiales empleados en estas redes hidráulicas, así como su diseño e instalación deberán cumplir con las normas establecidas, en cuanto a su uso, instalación y mantenimiento.

Para el suministro de agua potable deberá darse cumplimiento a las disposiciones legales de la Ley 9 de 1979 y con énfasis en el Decreto 2105 de 1983 correspondiente a la potabilización del agua.

Los ERONES que cuentan con áreas de salud deben contar con una política y procesos de gerencia del ambiente físico que contemple los recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad, y la preparación para emergencias y desastres, de tal manera que la población privada de la libertad pueda utilizar los servicios de salud que le garantiza el Modelo de Prestación de Servicios de Salud, con Oportunidad, característica que se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Así mismo, es responsabilidad de INPEC-USPEC, garantizar la Seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías en relación con su competencia con el objeto de minimizar la ocurrencia de ciertos eventos, daño físico, retrasos, daño a la salud pública, etc. que surjan como consecuencia de daños en la infraestructura, el ambiente, deficiencia de servicios públicos, manejo de alimentos, entre otros.

La Consultoría en este sentido, recomienda que el INPEC USPEC, establezca un plan cuyo Objetivo debe ser garantizar el funcionamiento de la infraestructura para la prestación del servicio, determinando estrategias para el mejoramiento continuo de la misma mediante una operación segura, y enmarcada dentro de planes de mitigación del riesgo.

Una de estas estrategias puede ser elaborar planes de mantenimiento preventivo y correctivo, programas de reorganización de la planta física, planes de emergencias y desastres, manejo seguro de espacios físicos, equipos e insumos, control de infecciones, manejo y disposición de desechos, evaluación de condiciones ambientales de áreas críticas, y valoración permanente de los factores de riesgo por infraestructura, de tal manera que se garantice al Operador las condiciones mínimas que no dependen de él para la prestación de servicios de salud.

La prestación de servicios de salud a la PPL, al interior de los establecimientos de reclusión, deberá llevarse a cabo utilizando la infraestructura de las unidades primarias de atención asignadas por INPEC al Operador en cada establecimiento, a través de la figura jurídica que se defina para la entrega y uso de los mismos por parte del operador y que cumplan con la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, conforme a lo establecido en el documento del INPEC, M4-S2-MA-04 Manual Técnico Administrativo del SOGC-SAP V01-2016, expedido por la USPEC, ya mencionado.

Un inventario detallado de las áreas disponibles para prestación de servicios de salud en cada establecimiento, está disponible en el Anexo No. 3 INFRAESTRUCTURA POR ESTABLECIMIENTO.

Teniendo en cuenta, que existen diferencias en cuanto al tamaño de las áreas; así como procesos de adecuación en curso, el plan de prestación de servicios utilizando esta infraestructura se hará de manera gradual, de acuerdo con la disposición de las áreas de sanidad que comprende la adecuación de infraestructura. Esto deberá ser acordado para cada establecimiento.

El Operador, deberá evaluar los requerimientos para la prestación de servicios en ámbito intramural, lo cual corresponde desde la disposición de equipos, hasta la planeación de servicios en unidades móviles o mediante la implantación de sistemas de telemedicina, adecuadamente respaldados por manuales de procesos y procedimientos para su operación.

En caso de que exista impedimento mayor para la prestación de los servicios requeridos a nivel intramural, como se verá más adelante tanto en el nivel de baja y

mediana complejidad, como de alta complejidad, el Operador dispondrá de convenios o alianzas con prestadores extramurales habilitados como IPS y coordinara con el cuerpo de seguridad lo relacionado con la programación y requisitos para traslados.

5.5.1. Resumen Conclusiones Informe de Visitas a 22 ERONES en 2016

En el marco de la construcción del modelo integral de atención en salud a la PPL, en el mes de Octubre de 2016 se visitaron 22 establecimientos que sirvieran como referentes en el análisis del estado del ambiente físico y la gestión de la tecnología y los riesgos asociados a éstos en la prestación de los servicios de salud, los aspectos encontrados en los establecimientos visitados se consolidaron en informes individuales por cada establecimiento bajo aspectos como Infraestructura, Talento Humano, Prestación de Servicios, Insumos y Medicamentos, Referencia y Contrareferencia, Programas y Actividades, Ruta Sanitaria y Limpieza y Examen de Ingreso y egreso. Todo esto con base en el instrumento e instructivo construidos específicamente para esta actividad; el Informe consolidado completo que fue entregado por Política Social SAS en el mes de Noviembre de 2016.

Con respecto a la Infraestructura física, se encontró que los establecimientos disponen de áreas específicas denominadas "de sanidad", ubicadas en una o más estructuras según su la organización y conformadas en su mayoría por consultorios o espacios para la prestación de servicios de salud como medicina general, odontología general, atención de enfermería y procedimientos menores, farmacia y almacenamiento de insumos, terapia física, terapia ocupacional y archivo; y algunos disponen de espacio para rayos X odontológico y consultorios o áreas específicas para la atención de salud mental. Así mismo se encontraron espacios disponibles y/o adaptados para radiología, toma de muestras y laboratorio clínico, área de observación y urgencias, que en su mayoría no se encuentran en funcionamiento por falta de recurso humano o insumos.

En los establecimientos que disponen de áreas de aislamiento se encontraron celdas o patios adecuadas parcialmente con camas y unidades sanitarias individuales, sin embargo no es posible afirmar que se cumplen las condiciones necesarias para un aislamiento adecuado y seguro para el paciente y la comunidad.

En cuanto a la dotación de los consultorios y espacios para la atención, en general se encontraron camillas, fonendoscopios, tensiómetros, otoscopios, unidades odontológicas, descansa pies, equipos de autoclave y neveras para cadena de frio; generalmente los establecimientos no cuentan con carro de paro, electrocardiógrafo, ni desfibrilador. En su mayoría todos los equipos médicos e instrumental se encuentran en mal estado, no han recibido ningún tipo de mantenimiento.

La infraestructura física en general de los establecimientos visitados, necesita mantenimiento locativo, pues en su mayoría existen grietas en las paredes, techos desprendidos y fallas en la iluminación, aire acondicionado averiado, consultorios con claves eléctricos expuestos, humedad, agua posada en piso; y en los casos más extremos no disponen de servicio de agua para la prestación de servicios de salud.

En cuanto al Talento Humano, el personal a nivel intramural se encuentra contratado por el Consorcio (Fiduprevisora) a través de contratos OPS, el número de profesionales contratados varía por cada centro sin embargo, los principales perfiles contratados son Auxiliar de enfermería, profesional de enfermería, médico general, odontólogo general e higienista oral; de acuerdo a la oferta de servicios algunos disponen de especialistas como psiquiatra, psicólogo, nutricionista, entre otros. De las visitas realizadas se pudo establecer, en general, que el servicio de fisioterapia se encuentra contratado con la IPS Salud Positiva que dispone de fisioterapeutas y el servicio de toma y procesamiento de laboratorios se encuentra contratado con el Laboratorio Clínico e Inmunológico Lorena Vejarano S.A.S. Generalmente en cada establecimiento la coordinación de las actividades de los profesionales de salud están a cargo de un profesional de salud del Consorcio (Fiduprevisora) y en contados casos se encuentra y evidencia la articulación con el INPEC dentro del establecimiento.

Es importante mencionar que de la información levantada, en términos generales en los establecimientos en los que se encuentran recluidas mujeres no se dispone de servicio de ginecología, aunque se dispone de dotación y equipos y en aquellos que se encuentran niños no se dispone de servicio de pediatría intramural.

Con respecto al suministro de insumos y medicamentos, en la mayoría de las veces estos últimos son suministrados por Cafam; para el área de odontología y recarga de oxígeno según ubicación geográfica algunos disponen de proveedor pero otros no, y por tanto deben ser gestionados por los mismos profesionales junto con insumos básicos para la atención de los pacientes como jeringas, gasas, apósitos, guantes, tapa bocas, material para suturas, papelería, otros dispositivos médicos (buretroles, equipo de venoclisis, tubos orotraqueales) entre otros. Se encontraron falencias en el suministro de medicamentos para enfermedades crónicas, medicamentos de carro de paro, insulinas, vacunas, tiras para glucometrías, entre otros. La falta de insumos y medicamentos genera represamiento en la continuidad de tratamientos, atención oportuna para los internos que presentan alguna sintomatología y en general demoras en la prestación del servicio.

En cuanto al proceso de Referencia y Contrareferencia no existe articulación entre los servicios prestados a nivel intramural con los prestados a nivel extramural, en estos

últimos se encuentra la atención de interconsulta de medicina especializada y toma de ayudas diagnósticas, entre otros procedimientos; generalmente de estas atenciones no se cuenta con soporte clínico en los archivos de historias clínicas de las que se disponen en los establecimientos. El proceso logístico de traslado del interno es realizado por el INPEC, dependiendo del perfil del interno la autorización se deriva incluso desde el área de Derechos Humanos de la Presidencia de la República; durante las visitas se hallaron casos en que los pacientes disponen de autorización pero por dificultades logísticas no es posible asistir a la cita programada o la guardia no se expone a sacar el interno del establecimiento dado que su perfil implica un alto riesgo de fuga. La Red externa de atención varía según la ubicación del establecimiento, sin embargo la mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratadas son públicas, excepto casos específicos como pacientes identificados con diagnóstico de VIH, IRC, y salud mental, por ejemplo.

Los internos que se encuentran en el régimen contributivo, son los familiares quienes solicitan directamente las citas médicas y para otros servicios de salud, la Red de prestación de servicios varía según el asegurador. La población privada de la libertad con detención domiciliaria dispone de un Call Center mediante el cual solicitan las citas médicas y otros servicios de salud requeridos, para asistir a la consulta deben avisar al INPEC, se informó que además no requieren compañía de guardia generalmente.

Con respecto a programas y actividades dispuestos por los establecimientos como opción de aprendizaje ocupacional se dispone de programas en áreas de la salud (promotores de salud al interior de las estructuras), capacitación y educación, huerta, cocina, panadería, carpintería, tejidos y telares, ebanistería, trabajos generales de mantenimiento, entre otras. Generalmente estas actividades se enmarcan en programas de reducción de penas y la vinculación a las mismas depende del tiempo de pena del interno, su comportamiento, entre otros ítems. Estos programas están asociados al tipo de establecimiento, y la misma infraestructura física y recursos disponibles.

Con respecto a Rutas sanitarias los establecimientos cuentan con operadores a cargo de recoger y trasladar para disposición final los residuos, sin embargo se desconoce si se hace clasificación y eliminación de los residuos generados en las áreas de sanidad, no se encuentran documentados los protocolos de rutas sanitarias y las actividades realizadas en este sentido; para la recolección al interior de los establecimientos generalmente no se dispone de bolsas y en algunos no se dispone de guardianes (recolectores, contenedores de residuos), para desecho de elementos corto punzantes por lo cual se recurre a almacenamiento artesanal en recipientes de plástico o de vidrio.

Para las actividades de aseo y limpieza de las áreas de salud en los establecimientos no se dispone de personal contratado específicamente para que las realice, estas son realizadas por el mismo personal de salud y/o por los mismos internos; la desinfección de equipos es realizada por el mismo personal de salud, generalmente estas personas no cuentan con la capacitación adecuada para el desarrollo de estas actividades.

Tabla No. 8
Establecimientos visitados

No.	Nombre Establecimiento	No. Consultorios / espacios / ambientes	Observaciones
1	EPC LA ESPERANZA DE GUADUAS (ÁREA DE SANIDAD DE MEDIANA SEGURIDAD)	13	La atención intramural de los servicios no está sujeta al cumplimiento de la normatividad nacional para su funcionamiento, sin embargo, el cumplimiento del Manual Técnico Administrativo del Sistema Obligatorio Para la Garantía de la Calidad en Salud Penitenciaria de la USPEC, permitirá que la prestación de los servicios de salud se desarrolle bajo estándares ajustados y muy acordes a los definidos a nivel nacional. Todas las áreas de sanidad de los establecimientos requieren adecuación de estructura, dotación de insumos, equipos, medicamentos y recurso humano. Requieren mantenimiento de equipos y estructurales en pisos, techos y paredes.
2	EPMSC ZIPAQUIRÁ	2	
3	EPMSC ACACIAS	22	
4	COLONIA AGRÍCOLA DE MÍNIMA SEGURIDAD DE ACACIAS	12	
5	COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO METROPOLITANO DE BOGOTÁ "COMEB"	30	
6	CENTRO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE ALTA Y MEDIANA SEGURIDAD DE COMBITA	19	
7	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE SOGAMOSO / EPMSC RM SOGAMOSO	9	
8	RECLUSIÓN DE MUJERES "EL BUEN PASTOR"	14	
9	EPM SC -JP- CHIQUINQUIRÁ	8	
10	EC -PAS-PMS-JP BOGOTA	19	
11	EPMSC FLORENCIA	9	
12	EPMSC JP ESPINAL	7	
13	EPMSC BUCARAMANGA ERE	8	
14	COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO METROPOLITANO DE CÚCUTA	31	
15	EPAMSCAS POPAYÁN	30	
16	EPMSC CALI	15	
17	COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO DE JAMUNDI	20	
18	EPMSC CARTAGENA	12	
19	EPAMSCAS VALLEDUPAR	12	
20	COPED PEDREGAL	19	
21	EPMSC MEDELLÍN	20	
22	COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO DE IBAGUÉ	35	

Fuente: Grupo Asesores PS - Instrumento de Evaluación de la Infraestructura de Prestación de Servicios de Salud en las Instalaciones de los Centros de Reclusión Carcelarios. Octubre 2016. Política Social S.A.S.

Finalmente en cuanto al examen de ingreso existe un formato de diligenciamiento común para medicina general y odontología, sin embargo no todos los internos lo tienen dentro de su historia clínica y en pocos casos se solicitan laboratorios clínicos de ingreso; este examen es realizado principalmente por el INPEC de lunes a viernes y en algunos establecimientos no es claro su desarrollo los fines de semana ni en las noches. No todos los internos son valorados por salud mental, el médico general evalúa si requiere de la intervención por esta especialidad y en los establecimientos que cuentan con la disponibilidad se realiza valoración por psiquiatría y psicología. En los establecimientos no se realiza examen médico de egreso de ninguna especialidad.

La prestación de los servicios ofertados se realiza según agenda, de lunes a viernes en el día se presta consulta de medicina general, odontología general, higiene oral, atención de enfermería y consulta de promoción y prevención y especialidades médicas, actividades que son apoyadas por el enfermeras y auxiliares de enfermería y auxiliares de odontología; para los establecimientos que se tiene establecido por sus características y/o tamaño, el servicio durante las 24 horas, en general en las noches y fines de semana se dispone de médicos generales, auxiliares de enfermería y/o enfermeras que soporten esta cobertura, sin embargo es común que en la noche se encuentre disponible un médico para todo el establecimiento con el apoyo de enfermería, especialmente en los ERON tipo Complejo.

En este aspecto específicamente se requiere informar en forma detallada dentro del proceso de selección de operadores, informar a los interesados en ofertar sobre los horarios de atención establecidos en cada uno de los establecimientos, ya que los mismos se determinan en forma independiente para cada ERON, información que aunque se solicitó no estaba disponible en el momento de presentar el documento de implementación.

Debe advertirse que, según información recibida del consorcio a finales de abril del 2017, se encuentra que:

- 15 ERON, no cuentan con consultorio médico, y grave el caso de Buga porque tiene 1.200 internos
- Hay 11 ERON con un solo consultorio y tienen entre 1.400 y 2.707 internos.

Ello exige para los oferentes una estrategia de unidad móvil o construcción modular de bajo costo en el caso de existir espacio físico.

5.6. RECURSO HUMANO

Fruto de las condiciones y la historia del recurso que atiende el servicio, se tienen dos referencias, la categorización del ERON esperando satisfacer las aspiraciones del Ministerio de Justicia y los internos, sin embargo el escenario genera concentraciones muy altas de hasta 64 consultas promedio por interno año, especialmente en los 19 ERON de 24 horas que son los de Justicia y Paz, máxima seguridad etc., ello exige acudir como referencia alternativa o complementaria para definir la cantidad del recurso, a la concentración razonable del promedio de consultas medica por año para cada interno, que luego se ajustarán, en especial al lograr tener las historias clínicas únicas digitalizadas para el grueso de la población penitenciaria o ya condenada, que tiene prelación sobre la carcelaria.

Ver en el Anexo No. 4 DETALLE DEL RECURSO HUMANO POR ERON

En general se considera que:

- De cada 10 horas laboradas por un médico, entre 8 y 9 deben ser dedicadas a consulta médica. Salvo el que se encuentre en servicios de urgencias y atención nocturna, que dedicaría a consulta el 40- 50% del total de su tiempo laboral.
- En promedio un Médico en el primer año o semestre, debe realizar 2 consultas por hora.
- Un rango de 3-5 consultas año en promedio para cada interno, es razonable, sin incluir las consultas de urgencias o de atención prioritaria.
- De cada 9 horas de MD GENERAL, debe garantizarse 3 horas de MD con experiencia en salud mental
- De cada 9 horas de MD GENERAL, debe garantizarse 6 horas de Odontólogo y auxiliar de consultorio odontológico, lo anterior, entre otras, porque coincide con la proporción de población penitenciaria versus la aún no condenada a la cual se le debe garantizar la atención de urgencias y no la atención integral.

5.6.1. La Categorización de los ERON

El número de médicos, por ERON:

El Médico General como recurso nuclear, es la base para definir el mínimo del recurso humano habilitante, las referencias utilizadas para políticas nacionales del recurso humano de 1 médico por un número determinado de habitantes no es aplicable en el presente caso porque en ello está incluido la atención integral, que incluye servicios domiciliarios, ambulatorios, hospitalarios, quirúrgicos, en acciones educativas, etc. Y en

el presente caso nos estamos limitando a una gestión exclusiva de servicios ambulatorios.

Por otro lado, el número de médicos por ERON, debe tener una exigencia inicial mínima, que podrá ajustarse a las necesidades de la demanda real, con dos abordajes:

- La Demanda Programada o estimulada desde la Oferta del Servicio:
Que es la que debemos fortalecer y garantizar para hacer realidad la implementación del modelo y la gestión de riesgo en salud, se sustenta en los eventos o problemas de salud priorizados, la cual ha calculado con unas consultas promedio/año por interno estimado, según la prevalencia esperada de cada evento – como el Control Prenatal por ejemplo- o de cada enfermedad, como Hipertensión Arterial y Diabetes. Se entregan los de crónicas no transmisibles, VIH-SIDA y otras transmisibles, Salud Mental, y el Binomio Madre hijo.
- La Demanda Espontanea desde la demanda expresado por el interno:
La misma es la que se ha consumido el recurso en su mayor proporción, y es lo que hay que reducir a dimensiones razonables.

Tabla No. 9
CATEGORIZACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSION
SEGÚN POBLACION INTERNA - DICIEMBRE DE 2016

CATEGORIA	# INTERNOS	# ERONES	% del total ERONES
1 A	>De 6000	2	4%
1 B	De 5001 a 6000	1	
1 C	De 4001 a 5000	2	
2 A	De 3001 a 4.000	3	7%
2B	De 2501- 3.000	6	
2C	De 2001-2500	1	
3 A	De 1501 a 2000	8	15%
3 B	De 1000-1500	12	
4 A	De 751 a 999	7	12%
4 B	De 501 -750	8	
5 A	De 351 – 500	13	26%
5 B	De 201 a 350	23	
6 A	De 121-200	20	37%
6 B	DE 81- 120	21	
6C	< de 81	9	
TOTAL		136	100%

Elaborado: Grupo de Asesores PS

Lo anterior quiere decir que la categoría 3B, es la base del recurso humano y de dotación de la cual se desprenden las demás Categorías, que se presentan en orden descendente en número de internos así:

- **Categoría 6ª.** Con 50 ERONES, tendría 3 subcategorías:
 - C: Con menos de 81 (el rango inferior es de 46 internos) para ellos se sugiere calcular con 1/10 parte del personal básico, 200 horas medico/año
 - B: Entre 81- 120 para ellos se sugiere calcular con 1/5 parte del personal básico, 400 horas medico/año
 - A: Entre 120 y 200 internos pueden ser atendidos con la cuarta parte del personal básico o mínimo y sin especialista presencial, pero si mediante telemedicina, ello quiere decir $\frac{1}{4}$ parte para 500 horas medico/año

- **Categoría 5:** Con 36 ERONES, que albergan entre 201 y 500 internos; de ellos:
 - B: 23 Erones, tienen entre 201 y 350 internos con recurso medico/año de 600 horas
 - A: 13 Erones: entre 351 y 500 Internos: entre 0,4 y 0,43 alrededor de 800 horas medico/año

- **Categoría 4ª.** Con 15 ERONES entre 501 a 999 internos,
 - B: 8 Erones, tienen entre 501 y 750 internos. con recurso medico/año de 900 y 1.200 horas
 - A: 7 Erones: entre 751 y 1.000 Internos: Entre 1.400 a 1650 horas medico/año

- **Categoría 3ª.** Con 20 Erones, entre 1.001 y 2000 internos
 - B. 12 Erones, requiere 1,3 del recurso mínimo de 1000 a 1.500 internos, entre 1.700 y 2.250 horas medico/año y requiere el personal básico o equipo intramural mínimo.
 - A: 8 Erones: 1,5 del recurso, entre 2.600 a 3.100 horas medico/año.

- **Categoría 2ª.** 9 ERONES Entre 2.001 y 4.000
 - C: 3.600 horas medico/año de 2.001 a 2.500 internos;
 - B: Entre 4.400 horas medico/año en promedio 2.501 hasta 3.000 internos;
 - A: 4.600 hasta 6.900 horas medico/año cuando supera los 3.001 hasta 4.000

- **Categoría 1ª.** 5 Erones: Mayor de 4.000.
 - C: 2 Erones De 4.001 a 5.000 Requiere alrededor de 8.000 horas medico/año o 4 veces el recurso mínimo,
 - B: 1 Erones De 5.001 a 6.000 internos, requiere 8.800 horas medico/año

- A: 2 Erones cuando supera los 6.000 internos requiere cerca de 11.000 horas medico/año

5.6.2. Perfil y Competencias

El perfil y las competencias del equipo de salud que atiende la población privada de la libertad en el modelo integral de atención en salud se describen a continuación.

5.6.2.1. Las Especialidades Básicas habilitantes del Prestador Primario

El Prestador Primario sin demeritar la labor del MD General, deberá garantizar a nivel intramural las siguientes especialidades básicas, para servicios ambulatorios, que difiere en tiempo según población y característica de la misma en el siguiente orden:

- 1) **Medicina Interna:** La más requerida, por las enfermedades crónicas no transmisibles como Hipertensión Arterial, Diabetes, EPOC, y además sirve como soporte para subespecialidades que son limitadas o escasas para la población general como neurología, nefrología y reumatología.
- 2) **Ginecoobstetricia:** No solo para cumplir el diferencial favorable para la gestación y el Control prenatal y el apoyo al médico general, sino para cumplir el de la mujer en condiciones ginecológicas frecuentes como infecciones, cáncer de mama y seno que exigen oportunidad en atención.
- 3) **Pediatría:** Como apoyo al MD General, en las instituciones respectivas.
- 4) **Psiquiatría:** Por la prevalencia de toda la diversidad de problemas de salud mental y por las adicciones en especial.
- 5) **Cirugía general:** Como soporte a Médico General para los casos que se requiera, dado que la resolución 3595 de 2016 del modelo lo exige, se recomienda con criterio de disponibilidad.

5.6.2.2. Otras especialidades no habilitantes:

- 1) **Ortopedia:** Por las condiciones de control y mantenimiento de procesos derivados de trauma y degenerativos.

- 2) **Dermatología:** Por la frecuencia significativa de infecciones en especial.
- 3) **Otras especialidades:** Con menor intensidad de uso, pero que pueden prestarse a nivel intramural en la medida que el número de pacientes lo hace eficiente, serían oftalmología, otorrinolaringología, y cirugías menores que no requieren hospitalización, con el fin de evitar la movilización extramural de los internos.

Se contará igualmente, de forma periódica, con cirujano oral estomatólogo u odontólogo especialista según requerimientos de la población.

5.6.2.3. El perfil integral del Médico General como recurso nuclear

Los médicos que trabajan en prisiones enfrentan problemas que son distintos de los que tienen los médicos que atienden las necesidades del resto de la población. Los médicos de las prisiones deben poder entregar atención médica adecuada en el ambiente especial de las prisiones. La conducta del médico no debe entrar en conflicto con las normas internacionales éticas y de derechos humanos. Por lo tanto se requiere:

Un profesional competente para cuidar a las personas niños, mujeres embarazadas, adultos y adultos mayores y comunidades en cualquier nivel de atención con conocimientos científicos, disciplinares, humanísticos, éticos, biológicos y sociales y con habilidades teóricas y prácticas de alta complejidad para el ejercicio de la profesión, demostrando en su desempeño liderazgo, sentido crítico, ético y humanismo en la atención a las personas con equipos multidisciplinarios en cualquier entorno, donde viven, transitan y se desarrollan, el cual contará con la colaboración de especialista en medicina interna o familiar, otros especialistas básicos y otros definidos por el operador acorde con la realidad en salud del ERON.

5.6.2.4. El MD con experiencia en Salud mental

El operador garantizará que en cada UPA (ERON) exista al menos un médico general con experiencia y conocimientos en salud mental y manejo de adicciones, encargado de cuidar y tratar de la salud física y mental de los internos con este tipo de eventos, para ello se requiere implantar un modelo de atención en salud mental, soportado por médicos generales orientados y asesorados por psiquiatras, que

tengan aptitud y actitud para ello, los cuales pueden rotar por los diferentes ERON de una macroregion. Esto debe ser una obligación contractual.

Se sugiere médico general con experiencia certificada de un (1) año en atención a pacientes con alteraciones de la salud mental en los servicios de hospitalización parcial en hospital; hospitalización en unidad de salud mental, cuidado agudo en unidad de salud mental o psiquiatría, cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría, atención al consumidor de sustancias psicoactivas, internación parcial al consumidor de sustancias psicoactivas, para los establecimientos de reclusión que tengan más de 30 pacientes con diagnóstico de alteraciones de la salud mental, para los demás establecimientos se requiere Medico en entrenamiento, el cual tiene 6 meses de plazo para su entrenamiento, pero con contrato de compromiso con el oferente en el cual consta con que especialista o entidad IPS, tendrá su entrenamiento.

Dicho profesional se requiere 1/3 parte del recurso profesional general, pero se tendrá puntaje adicional en la calificación si es de tiempo completo, y podrá atender 3 ERONES con el número de internos de categoría 4ª Los mismos deberán acreditar práctica clínica en entidades prestadoras de servicios de salud mental ambulatorias y/o hospitalarias para los ERON de mayor tamaño y complejidad, y el compromiso de la dicha práctica o entrenamiento para los restantes.

5.6.2.5. Los demás integrantes del Equipo de Salud

Un equipo de salud conformado por enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogo, auxiliar de odontología, psicólogo y trabajador social, que corresponde al equipo de Atención Primaria que desarrolla las mismas funciones que un ambulatorio y alguna más, ya que los internos dependen totalmente del operador para el cuidado de su salud.

Así mismo, se requiere considerar la existencia de Promotores en Salud Comunitaria para la educación y capacitación de internos en diversos temas que hacen al cuidado de la salud y la realización de actividades de prevención de manera continua al interior de los establecimientos carcelarios y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el Establecimiento.

Igualmente habrá cuando menos una enfermera que coordinará la UPA y la atención inicial de urgencias. En la medida de la oferta, se procurarán profesionales de la salud con formación o experiencia en medicina familiar o Internistas con experiencia en manejo de modelos de atención en entornos

vulnerables^{ix}. En todo caso las responsabilidades del personal de salud que preste sus servicios en el ámbito intramural, serán las asignadas de acuerdo a sus competencias de conformidad con lo establecido en los Manuales Técnico – Administrativos expedidos por la USPEC, aprobados y adoptados mediante la Resolución 2897 del 2016 “Por la cual se aprueban y adoptan unos documentos externos asociados al Proceso Atención Social del Sistema de Gestión Integrado en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, y deroga la Resolución 003669 del 02 de octubre 2015”

No obstante todo lo anterior, en la medida de los requerimientos de atención, de acuerdo con las metas que establezca el operador en cuanto a la solución de los problemas de salud identificados mediante el examen de ingreso de toda la PPL, con base en los horarios de atención (establecidos por la administración penitenciaria y carcelaria – Reglamento Diciembre 2016), y el tipo de intervenciones definidas (individuales o colectivas) y el comportamiento de los estándares y/o indicadores de oportunidad de atención, se establecerá la composición de los equipos de Atención Primaria y el recurso humano adicional que periódicamente intervendrá en la atención de la PPL en cada ERON.

5.7. PROCESOS

A continuación, se plantean las consideraciones que el Operador debe tener en cuenta para el diseño e implementación de los procesos y procedimientos involucrados en la atención en salud de la PPL en el marco del modelo de atención definido por la resolución 3595.

Algunos conceptos y hechos deben ser los articuladores de los diferentes procesos en la atención de la población privada de la libertad. Estos constituyen parte de las bases del enfoque de salud, definido por la resolución 429 de 2016 " Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud", particularmente señalado en el artículo 2; y con aplicación por todas entidades no solo del sector salud, sino de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna.

El enfoque de este modelo de atención donde se privilegia “El mantenimiento de la salud” permite, no solamente, controlar y recuperar la salud o la limitación del daño, sino una actitud hacia la adquisición de estilos de vida saludable, la participación positiva para el bienestar, el mejoramiento de comportamientos y ambientes en donde se mueve el paciente, la contaminación ambiental, el ruido, el estrés cotidiano, la

violencia verbal, el cumplimiento de normas, el uso o abuso de alcohol o otras sustancias, los hábitos alimentarios, el ejercicio, la recreación y el mejoramiento personal, deben ser prácticas cotidianas del equipo de salud que atiende permanentemente al individuo o al paciente en su entorno, y que para el caso de la PPL intramural, se facilita por su característica de población cautiva.

Los cambios sociales influyen en forma importante, en la morbilidad y mortalidad. Las personas estables en un lugar, tienen menos morbimortalidad según diversos estudios; sin embargo, a nivel carcelario esta premisa se comporta de manera contraria dadas las condiciones de hacinamiento, medio ambiente, de privación física y afectiva y patologías sociales, psicológicas e infecciosas de difícil control, pero también debido a las dificultades en prestar atención integral, oportuna y de calidad. Igualmente, los estados emocionales, producen cambios bioquímicos importantes, además de las modificaciones hormonales (epinefrina, norepinefrina, cortisol, insulina), conocidos hace mucho tiempo, que presentan alteraciones a nivel del sistema inmunológico (Schleifer).

Las enfermedades mentales, se asocian más frecuentemente a enfermedades orgánicas. El ser humano responde como un todo, a los factores de estrés. Este estrés social, no siempre actúa a nivel de las emociones. Hay demostración de cambios fisiológicos importantes, como respuesta al estrés.

En este sentido, se requiere entonces una intervención, diligente de tipo curativo, porque de otra manera el proceso patológico llevaría a un deterioro importante o a la muerte, pero al mismo tiempo, se necesita una intervención de soporte con procesos definidos para el abordaje de problemas psicosociales, aspectos educativos o de prevención, así como asuntos administrativos o de certificación. El Modelo, entonces tiene mucho que ver con las áreas del comportamiento, con el conocimiento de las personas, y del mismo autoconocimiento del profesional de salud.

Los Procesos que se establezcan por parte del Operador Intramural, deben considerar³² desde la realización del Examen Médico de Ingreso, la elaboración de la Historia Clínica Única, los Procesos de Atención en sus diferentes fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, mantenimiento y rehabilitación de la salud, la Referencia y Contrareferencia, y el Examen de Egreso cuando la persona privada de la libertad sea puesta en libertad, o transferido a otro establecimiento de reclusión, el análisis de datos y la elaboración de Informes periódicos sobre los resultados en salud. El análisis debe hacerse desde el punto de vista físico, biológico, psicológico, social y cultural.

³² Esto enmarcado en lo establecido en la Resolución 3595 de 2016 "Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones", Párrafo 4 del Anexo Técnico.

También, se tendrá en cuenta el desarrollo de planes de acción/procesos a nivel de educación o aprendizaje de oficios, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, según los riesgos, de acuerdo a la edad del paciente o individuo atendido, así como el nivel curativo y de rehabilitación específico por patologías de interés o mayor relevancia.

Curar la enfermedad, ha sido un papel tradicional en la formación de los profesionales de la salud, sin embargo, hoy el enfoque de atención integral, el fortalecimiento de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y los modelos de atención con experiencias, cuantificadas y evaluadas de otros países, nos permite aseverar que estimula el mejoramiento del estado de salud y la vida misma, propósito fundamental del modelo de atención para la PPL.

5.7.1. La Referencia y Contra Referencia

Los procesos de atención en salud tendrán entonces carácter integral y estarán orientados tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles. Cuando se requiera atención especializada por fuera del establecimiento (ERON), o en el caso de atención de patologías crónicas que requieren eventualmente terapia extramural, se deberá garantizar la coordinación entre los profesionales asistenciales y aplicar los procedimientos de referencia y contra referencia de manera expedita y garantizando que las recomendaciones especializadas son seguidas a nivel intramural. Deberá existir comunicación oportuna entre los ámbitos intramural y extramural.

El Operador seleccionado deberá garantizar la Red de prestación de servicios para la cobertura de atención extramural, de aquellas actividades que solo serán prestadas en IPS habilitadas por las Entidades Territoriales. Además de selección y contratación de esta Red, el operador establecerá los procedimientos para la referencia según las necesidades, y velará por mantener actualizadas las historias clínicas de cada paciente a partir de la contra referencia; y dar continuidad a los tratamientos instaurados a nivel de la red externa cuando así se requiera. En este caso la gestión de la prestación de servicios a nivel extramural, estará a cargo del Operador, y contemplará desde la contratación hasta la auditoria periódica y garantía de calidad en la prestación de los servicios, y se financiará con el valor per cápita que recibe el operador.

La prestación de servicios en el ámbito extramural de alta complejidad relacionados, con la atención oncológica, diálisis, cirugía y hospitalización estará a cargo del operador seleccionado quien definirá los criterios generales de coordinación,

protocolos, planes y procedimientos, con la red contratada para tal fin, y además coordinará lo correspondiente a solicitudes, traslados, y comunicaciones con el INPEC en cada ERON, dando continuidad a la atención con oportunidad y eficiencia.

Los convenios y protocolos que se formalicen establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas especializadas requeridas, terapias dialíticas, quimio y radioterapia, hospitalización y urgencia de alta complejidad, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas, y todo esto de acuerdo a las necesidades identificadas a partir de los exámenes de ingreso y atención intramural.

En este último caso, la coordinación de la prestación de servicios a nivel extramural deberá ser facilitada por el INPEC. El Operador intramural, cuando así lo determine se pondrá en contacto con la persona designada para informar a cerca de los requerimientos con el fin de que se coordine el apoyo logístico de seguridad para la referencia de los pacientes y así mismo la contra referencia una vez recibida la atención.

El operador en los casos en que lo requiera podrá realizar las alianzas necesarias con prestadores especializados particularmente en el caso de salud mental, para apoyar la atención terapéutica de la población que padece trastornos mentales, evaluando previamente su idoneidad y experiencia; y dará cuenta de los resultados de la atención individual y colectiva en el ámbito de salud mental (para tratarlos adecuadamente de su enfermedad es imprescindible realizar un trabajo terapéutico y rehabilitador que se coordine con la asistencia psico-social, al interior del penal).

5.7.2. La Red de Servicios Actual a Cargo del Consorcio Fiduciario

Las limitadas condiciones de la UPA han exigido al consorcio la contratación de IPS ambulatorias en ocasiones no ubicadas en el municipio, que se espera no sean necesarias en el actual modelo por el fortalecimiento de dicho servicios con las especialidades y la telemedicina, varios de dichos servicios se contratan con ESE de primer nivel e IPS en general de mediana complejidad.

De Baja complejidad se encuentran 131 IPS, de ellas 66 son ESE contratadas, hay 6 ERONES que no tienen, lo que debe cubrirse hacia el futuro.

La ventaja es que todos tienen red de mediana y alta complejidad.

De alta complejidad 70 establecimientos tienen 2 prestadores y 13 tienen 3 prestadores, es más conveniente tener menos con servicios más integrales, sin embargo, la dificultad de la oferta a veces lo exige.

16 establecimientos tienen contratados prestadores de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica adicionales

5 establecimientos tienen contratados prestadores de servicios de oncología

41 establecimientos tienen contratados prestadores de servicios de salud mental

6 establecimientos tienen contratados prestadores de servicio de ambulancia

5.7.3. Vigilancia en Salud Pública

Como lo establece la “Guía para la Vigilancia y Control de Eventos de Interés en Salud Pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios”, emitida en el 2011, de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, el INPEC, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Caprecom EPS-IPS; la permanencia en instituciones cerradas como hospitales, refugios, albergues, etc., ha sido considerada históricamente como una situación de riesgo para sufrir enfermedades transmisibles.

La cárcel que también es una institución cerrada, y por consiguiente, con riesgo incrementado de transmisión de enfermedades, acoge en su interior a una población con características de vulnerabilidad, que pueden incrementar aún más la probabilidad de desarrollar eventos adversos a la salud en los individuos y su posterior propagación a la población cohabitante.

Es por estas premisas que es prioritario que al interior de los establecimientos penitenciarios y carcelarios se implemente un sistema de vigilancia muy sensible que se integre al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país, y que dada la vulnerabilidad propia de esta población y el riesgo exponencial de propagación, se definan estrategias que permitan detectar tempranamente riesgos y eventos y que faciliten una actuación oportuna y efectiva con el propósito de garantizar la seguridad sanitaria al interior del establecimiento.

Con este fin el Operador a contratar podrá acogerse a las recomendaciones incluidas en la mencionada guía, así como en los Lineamientos generales para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en establecimientos penitenciarios y

carcelarios Colombia 2012, en el Manual técnico administrativo expedido por la USPEC, para la atención e intervención en Salud Pública a la Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC y en el Documento “Manejo de brotes en Población Privada de la Libertad” de Agosto de 2016; para garantizar el cumplimiento de su obligación como prestador de servicios de salud y contribuir a la salud pública del país, en la medida en que tras la detección oportuna de riesgos y eventos, implemente el desarrollo de acciones de prevención, atención, control y recuperación que se vean reflejados en mejores condiciones de salud de la población y en un manejo eficiente de los recursos.

Cada área de salud intramural deberá registrarse como unidad notificadora de casos e implementar los procesos básicos de vigilancia de su competencia (reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos-RAM y otros Problemas Relacionados con el uso de los mismos-PRM – ante INVIMA-, y eventos de interés en salud pública – SIVIGILA- INS-; en ese sentido deberá garantizar la infraestructura, capacidad técnica y talento humano calificado necesario para la clasificación y reporte de RAM-PRM y los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia; adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública y cumplir con las normas técnicas respectivas.

A partir del análisis del documento “Informe de la Notificación de Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), Año 2016”, y particularmente en relación con la disminución de incidencia de casos de varicela entre los años 2015 y 2016, que se asocia además a un mejoramiento en la notificación de casos, se considera necesario establecer un mecanismo que garantice la aplicación y mantenimiento por parte del Operador a contratar, de las recomendaciones incluidas en los diferentes documentos como son:

- MSPS: Lineamientos generales para la Vigilancia y Control de Eventos de interés en Salud pública en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios (Circular 051 de 10 de Octubre de 2012)
- Documento INPEC: M4-S 2-MA-02 Manual Técnico Administrativo Salud Pública MTA-SP VO
- Lineamientos y protocolos INS: www.INS.gov.co

La Varicela y otros eventos objeto de vigilancia epidemiológica integral:

Cabe mencionar que en el país no se modificó la incidencia en este mismo periodo, como lo afirman los autores del mismo informe, y podría pensarse que el hecho que una población se encuentre en condiciones de hacinamiento pero cautiva permite realizar acciones que disminuyan la propagación de patologías de transmisión humana y tomar medidas de contingencia en forma oportuna y efectiva por parte de quien presta los servicios de salud.

Igualmente en el documento "Guía para la vigilancia y control de Eventos de Interés en salud pública en Establecimientos penitenciarios y carcelarios ", los biológicos recomendados para los reclusos y trabajadores en general de los ERONES son: hepatitis B, influenza, tétanos-difteria, hepatitis A, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, meningococo, varicela, neumococo 23, rabia y paperas las cuales deben garantizarse al ingreso a los centros penitenciarios.

No obstante, cuando se presenten este tipo de eventos, que por las condiciones en este tipo de establecimientos y por tratarse de población en condiciones de vulnerabilidad en hacinamiento y confinada, con un solo caso debería abordarse como un brote, para lo cual se deben aplicar los protocolos ya establecidos y cumplir con cada una de las acciones a cargo de los actores involucrados.

5.7.4. Programa Ampliado de Inmunizaciones

Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud y Protección Social ha entregado el "Documento Implementación del Programa Ampliado de Inmunización en Población Privada de la Libertad"- Agosto 2016, el cual pretende establecer recomendaciones técnicas frente a las vacunas necesarias en intervenciones individuales y colectivas, para prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de las enfermedades prevenibles por vacunas y sus consecuentes efectos negativos en la población definida en la normatividad vigente, con énfasis en la población privada de la libertad a cargo del INPEC, el Operador a contratar deberá acogerse a las recomendaciones allí establecidas y actuar de manera coordinada para la implementación de la vacunación a esta población.

Es necesario que el Operador tenga en cuenta además de la valoración del estado de salud de cada individuo y su situación inmunológica, las condiciones actuales de los centros de reclusión y las variables de riesgo que ocasionan alta vulnerabilidad en lo referente a enfermedades prevenibles por vacuna, como son:

- Condiciones de insalubridad y hacinamiento
- Dificultades en contar con aéreas de aislamiento para casos mórbidos de alta patogenicidad.
- Traslado de personas privadas de la libertad, sin previa determinación del nivel de vulnerabilidad individual en salud
- Dificultad en continuar o instaurar las pautas de auto cuidado del individuo y mantenimiento de las mismas a nivel institucional.

Lo anterior, con el fin de buscar aunar esfuerzos en la implementación de un programa de vacunación que contemple la intervención de situaciones de alertas y brotes de

eventos prevenibles por vacuna, que se magnifican y se convierten en una prioridad en salud pública en los establecimientos penitenciarios y carcelarios y así, disminuir la incidencia de nuevos casos y las acciones de tratamiento clínico y farmacológico.

5.8. CONDICIONES PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO

Tabla No. 10
Servicios a prestar en la UPA Intramural

Tabla 1. SERVICIOS A PRESTAR - (RESOLUCIÓN 6408 DE 2016)	
DESCRIPCIÓN	
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA (Según Necesidad)
CONSULTA EXTERNA GENERAL PRESENCIAL	MEDICINA GENERAL (Incluye toma de Electro-cardiograma y Sala de Procedimientos Menores)
	ODONTOLOGÍA
	ENFERMERÍA
	OPTOMETRÍA
	PSICOLOGÍA
	EXAMEN DE INGRESO
	URGENCIA VITAL
CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS PRESENCIAL O BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA, UNIDADES MÓVILES, OTROS	EXAMEN DE EGRESO
	PEDIATRÍA (Si aplica)
	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (Si aplica a Mujeres en Periodos de Gestación)
	MEDICINA INTERNA
	CIRUGÍA GENERAL
	PSIQUIATRÍA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	ATENCIÓN INTRAMURAL PARA VIH
	ATENCIÓN INTRAMURAL EN SALUD MENTAL
	TOMA DE MUESTRAS
	LABORATORIO CLÍNICO
	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
	ECOGRAFÍAS
	ENDOSCOPIAS
	NUTRICIÓN
	SERVICIO FARMACÉUTICO
	TERAPIA FÍSICA
TERAPIA RESPIRATORIA	
TERAPIA DE LENGUAJE SI APLICA	
OTROS SERVICIOS INTRAMURALES	ATENCIÓN DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
SERVICIOS PRIMARIOS SIN DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN AMBITO INTRAMURAL	
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
SERVICIOS DE CIRUGIA	
TERAPIAS DIALITICAS	
TRATAMIENTO PARA CANCER (CIRUGIAS – QUIMIOTERAPIA – RADIOTERAPIA)	
SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD	
SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA	

Fuente: Resolución Minsalud 3595/2016 * Adaptada por el Grupo Asesores PS

La atención sanitaria se enmarca dentro de un concepto de atención integral del privado de la libertad cuyo eje es la Atención Primaria. En la mayoría de los centros penitenciarios (Ver Anexo No. 3 INFRAESTRUCTURA POR ESTABLECIMIENTO) se cuenta con un área de salud/enfermería dotada total o parcialmente de los medios

técnicos para desarrollar las labores de atención básica; en algunos casos existe infraestructura y tecnología más especializada que permite atención de mayor complejidad.

En las áreas en cada Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud, estará un equipo de profesionales de la salud organizados en cada Establecimiento que son los responsables de garantizar la atención en salud a toda la PPL.

Además de la atención en consulta ordinaria o urgente, la actividad de los profesionales de la salud debe centrarse en promover la educación para la salud y en realizar labores preventivas entre las personas privadas de la libertad

Así mismo, deberán implementarse las acciones de salubridad encaminadas a garantizar la Salud Pública, tanto individuales como colectivas, según el marco establecido en el numeral 5 del Anexo Técnico de la Resolución 3595 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones” y las demás normas aplicables.

El Operador debe proporcionar además la atención médica especializada de alta complejidad hospitalaria y extrahospitalaria a través de convenios con las instituciones públicas y privadas de su área de influencia. También es posible en algunos casos la implantación de servicios de consulta y diagnóstico por telemedicina y el uso de Unidades móviles especializadas (ejemplo servicios odontológicos, Imágenes diagnósticas, endoscopia, entre otros).

Sin embargo, en aras a mejorar el servicio y evitar los inconvenientes y costos que genera el traslado de personas fuera del lugar de reclusión, se ha establecido el modelo que busca la resolución del 60% de los problemas de salud a nivel intramural, permitiendo realizar las consultas de los especialistas con mayor demanda en los ERON, así como procedimientos y otras actividades cuya tecnología lo permita.

La prestación del servicio de salud para la PPL, se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los privados de la libertad y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza.

El enfoque planteado para llevar a cabo el tratamiento penitenciario debe considerar actividades organizadas en los ERON orientadas no sólo a la recuperación terapéutica o de la salud, o a la atención asistencial de la persona privada de la libertad sino,

también a desarrollar sus capacidades sociales y laborales y facilitar así su reinserción. Los programas formativos, socioculturales, recreativos y deportivos a cargo de la administración penitenciaria y carcelaria no deberán ser desconocidos por el operador y se realizarán acorde con las actividades de promoción y prevención; de tal manera que ayuden a su desarrollo personal y social, estimulen la autoestima y motiven una actitud respetuosa con la ley. Este concepto de intervención es la base de un sistema integral y garante de los derechos. Esto se ha demostrado como la mejor vía para el logro de objetivos incluyendo la disminución de reincidencia, en diferentes modelos a nivel internacional.

El Operador garantizara que el personal de salud que labora al interior de los ERON, **aplique los protocolos adaptados** para el desarrollo de la actividad asistencial dentro del establecimiento penitenciario. Deben asegurar que la atención sanitaria sea de calidad mediante la utilización racional y eficiente de los recursos diagnósticos y terapéuticos propios y ajenos (propios del ERON). Determinan los criterios para la derivación al nivel especializado de los enfermos que la requieran y hacen un seguimiento crítico. También son los responsables de asegurar el correcto cumplimiento de los programas de salud establecidos por la entidad territorial respectiva (salud pública), al interior de cada ERON o por la administración sanitaria competente, acorde con los programas que también ofrezca en adición el mismo operador intramural. Tienen que velar para que toda la documentación sanitaria esté correctamente diligenciada y pueda estar a disposición de la dirección del centro, del administrador penitenciario, el administrador fiduciario del Fondo, las entidades territoriales y demás organismos competentes.

Como referencia adicional es importante la opción para el Operador Intramural que sea objeto de adjudicación del proceso de selección, el evaluar el personal que en la actualidad se encuentra laborando en las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias en Salud de los diferentes establecimientos, ya que ofrecen experiencia de trabajo en el entorno intramural, y esto puede favorecerlos para el inicio de operaciones.

Resumiendo entonces, el modelo de atención sanitaria en los Centros Penitenciarios que se pretende implementar se basa en la Atención Primaria no solo como estrategia de APS, sino como Prestador Primario que incluye especialidades básicas y las más necesarias , y Prestador complementario para la restante Atención Especializada. En ambos ámbitos busca abarcar desde la promoción y prevención hasta la recuperación de la salud.

Por lo anterior, es necesario que en cada ERON se organice su sistema de asistencia en función de los profesionales y del número de internos y/o módulos/pabellones,

considerándose como pauta de referencia una proporción de pacientes por cada médico de tiempo completo (2000 horas año) 1.000 a 1 cuando en el ERON hay condiciones estables y alta población; donde la población es menor se hará un cálculo ajustado. Este indicador se plantea como la relación de disponibilidad de médicos generales y familiares para atender a la PPL por cada 1.000 internos en un periodo determinado; y permitirá evaluar la capacidad de respuesta del operador para atender las necesidades de la población, dentro del esquema de atención primaria intramural.³³La distribución per cápita de los médicos generales y familiares en una población y un periodo determinado se relaciona con aspectos de ampliación de cobertura, reducción de brechas en la atención y la mejoría de la calidad de la atención.

Normalmente y en casi todos los centros donde se cuenta con unidades odontológicas se requerirá por lo menos un odontólogo que atienda periódicamente y de manera programada a todos los internos.

La atención especializada se llevara a cabo de dos maneras: Intramural, prestada por profesionales del operador, de acuerdo a las necesidades por las patologías más frecuentes (Psiquiatras, Médicos Internistas, Oftalmólogos, Ginecólogos, Dermatólogos, Pediatras, Infectólogos, Cirujanos Generales) ; y Extramural coordinada por el operador con las instituciones de su red en la zona de influencia del ERON, y el INPEC en lo que se refiere a los requerimientos de custodia y vigilancia, y solo en los casos en que la frecuencia de uso sea muy baja y para patologías de poca prevalencia. Periódicamente, se evaluara la necesidad de nuevos especialistas intra y extramural. En el caso de que se requiera por condiciones de salud, realizar el traslado en ambulancia, el operador garantizará la disponibilidad de este servicio con las condiciones médico asistenciales establecidas en la normatividad vigente.

En el caso de atención extramural, al igual que cuando se requiera hospitalizar a un interno, desde la consulta externa, se deberá coordinar la salida con la instancia administrativa del INPEC la custodia a las consultas especializadas o el traslado al hospital, garantizando condiciones de seguridad. Idealmente se programarán citas por especialidad para un número no mayor a 5 (cinco) internos por día según se establezca con los responsables de la seguridad y transporte (cuerpo de custodia y vigilancia), considerando prioridades y capacidad de oferta, y con ajuste a los protocolos de seguridad del establecimiento.

Con respecto a la atención a demanda, a continuación, se incluyen algunos aspectos a tener en cuenta por el operador, hasta tanto se cuente con el perfil epidemiológico a partir de la información existente y la obtenida a través de los exámenes de ingreso

³³ <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador24.pdf>- Evaluación del desempeño del recurso humano en México.

sobre algunos de los problemas de salud que afectan a la PPL. En principio, se observarán las mismas patologías crónicas que en los Centros de Atención Primaria de la comunidad: enfermedades comunes, diabetes, tabaquismo, hipertensión etc., pero quizás con una mayor carga asistencial. Se destaca la gran demanda asistencial esperada por problemas de salud mental, (existen trabajos publicados que lo sitúan en torno al 34%- 40% de la total). Ver numeral anterior que trata el tema.

Apartado especial merece la atención a patologías infecciosas (VIH, VHC, TB, etc.) y de los trastornos adictivos. Por esto se requiere que el profesional de la salud tenga una formación particular orientada a la resolución de estos problemas de salud y considerar un adecuado proceso de tutoría por parte de los especialistas en procesos de referencia y contra referencia.

La atención de urgencias debe ser prestada de manera continua en los centros penitenciarios. Dependiendo del tamaño del Centro podrá ser presencial, es decir turnos de presencia física. Los eventos serán atendidos por médico y enfermero/a, y dependiendo de la gravedad de la patología urgente será atendida en el mismo establecimiento o bien precisar traslado del paciente a la institución hospitalaria de referencia, donde será atendido y si es preciso permanecerá ingresado, en cama hospitalaria con custodia por la autoridad competente. Una vez se produzca el egreso se deberá garantizar el informe de la atención y contra referencia para el médico responsable en el ERON.

Papel fundamental es la actividad de Consulta Programada que debe estar encaminada al desarrollo de programas de diagnóstico y tratamiento de TB y otras enfermedades transmisibles, así como los programas de reducción de daños y riesgos en toxicomanías, fundamentalmente.

La patología mental y su atención más específica tanto en tiempo dedicado a la consulta como en el acercamiento especial al paciente, es otra de las actividades en consulta programada.

Es importante mencionar que, de acuerdo con las características particulares de la población privada de la libertad en los ERONES, existen aspectos conflictivos en relación con la demanda de servicios de salud, como es la demanda de atención médica en la que el paciente busca un beneficio no médico, (prescripción de psicofármacos, por ejemplo), sin que la prescripción sea procedente. O situaciones que difícilmente se pueden encontrar en otros ámbitos de atención en salud, como serían las autolesiones, ingesta de cuerpos extraños, situaciones de huelgas de hambre, etc. Frente a esto el operador deberá prever el entrenamiento a su personal, de tal forma

que exista un adecuado manejo de los casos que no corresponden a demanda ordinaria de servicios de salud.

El Operador será responsable por la elaboración de informes periódicos sobre el proceso de atención en cada uno de los tipos de asistencia planteados, y hará recomendaciones para el mejoramiento continuo de procesos de referencia y contra referencia, intervenciones particulares, atención de situaciones anómalas o conflictivas, entre otros. Deberán establecerse los indicadores de seguimiento al uso de servicios y aquellos que permitan conocer el impacto de las atenciones en la situación de salud de la PPL.

5.9. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN y CONTROL MEDIANTE GESTION DE RIESGO

El hecho de que algunos miembros de la PPL tengan, en muchas ocasiones, su primer contacto con el ámbito de la atención en salud a propósito de su ingreso a la prisión y que, por otra parte, la vida en un centro penitenciario es una vida comunitaria, con todos los problemas que se pueden derivar para la estrecha convivencia de grupos a veces no muy acostumbrados a hábitos higiénicos, hace que los programas de prevención cobren una especial relevancia para ser llevados a cabo por el operador intramural, en coordinación con otras áreas dentro del penal.

Tras la realización de la Historia Clínica en el ingreso (Ver Anexo No. 5 PROPUESTA DE AJUSTE FORMATO EXAMEN DE INGRESO PPL), unida a una exploración médica, se elaborarán las órdenes para la batería de pruebas diagnósticas que permitirán establecer la situación clínica, particularmente serológica de cada persona y a partir de esto definir la guía aplicable para el mantenimiento de la salud. Se le realizarán pruebas analíticas de sangre para saber su situación respecto a las Hepatopatías, el VIH, la Sífilis, etc. y se investigará su posible contacto con otras patologías como la TB (mantoux).

Adicionalmente, deberá revisarse la información disponible sobre la situación de la salud de las personas en cada ERON, entre tanto se realiza nuevamente su evaluación.

Todo esto permitirá en el marco de la gestión de riesgo, programar tanto la vacunación frente a VHA y/o VHB, si procede, como a conocer su situación frente a una posible Hepatitis C o infección por el VIH^x, en cuyo caso se seguirá el protocolo de investigar su situación inmunitaria y, si es preciso, ofrecer un tratamiento adecuado frente a ambas patologías.

Igualmente, en el caso de Mantoux positivo, se sigue el protocolo de esta patología ofreciendo el tratamiento adecuado.

Este screening a toda la PPL permitirá controles de la incidencia de patologías como TB, y a unas cifras de VIH tratados y/o controlados que repercutirá sensiblemente en la calidad de vida de los internos afectados de estas patologías.

Como se mencionó, con el fin de garantizar el mantenimiento de la salud, mediante intervenciones que eviten o atenúen las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario (prevención cuaternaria), es decir, la prestación de cuidados necesarios con la menor intervención posible – de baja intensidad y gran calidad; se recomienda utilizar las guías de mantenimiento de la salud adaptadas y publicadas por ASCOFAME³⁴ en el año 2008, que buscan optimizar las acciones a llevar a cabo en el seguimiento de las condiciones de salud por grupo de población. Estas guías pueden ayudar a controlar la demanda de tecnologías con un margen estrecho entre beneficio y riesgo, pero requerirán de un trabajo educativo conjunto del equipo de salud con las personas en el entorno vulnerable.^{xi}

5.10. PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

Es otra de las actividades que podrán ser instauradas en cada ERON, muchas veces en colaboración con otras entidades externas: Cruz Roja, ONGs, Secretarías de Salud, etc.; y que buscan que los internos adquieran no solo unos conocimientos sobre las patologías más frecuentes de tipo infeccioso que pueden estar presentes en sus vidas, sobre todo si proceden del mundo de las toxicomanías, sino que adquieran hábitos saludables tanto para evitarlas como para cambiar hábitos de vida.

5.11. SALUD MENTAL

En relación con la atención de salud mental se debe considerar la función asistencial, coordinada por un equipo multidisciplinario compuesto por psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros, trabajadores sociales, educadores y terapeutas ocupacionales, que puedan en cumplimiento de la integralidad garantizar el proceso de rehabilitación del interno conforme al modelo de intervención biopsicosocial (Existe como referencia propuesta de Ruta para dichos eventos, en el contexto del MIAS en la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud)

³⁴ Se realiza esta recomendación hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección publique las propias.

Se podrán ofrecer programas o actividades rehabilitadoras - asistencia psiquiátrica y psicológica, terapia ocupacional, actividad educativa y formativa, deporte, salidas terapéuticas y asistencia a familias.

El objetivo principal de la atención es conseguir la estabilización psicopatológica de los pacientes y la reducción de su peligrosidad, todo ello, como paso previo a una posible sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad por una medida de tratamiento ambulatorio en comunidad, al interior del ERON, y posteriormente en su entorno familiar.

Todas estas actividades requerirán de la colaboración de las instituciones de salud y sociales de la red pública que serán encargadas de continuar con el tratamiento y seguimiento del enfermo mental en el seno de la comunidad.

En todo caso el Oferente velará porque la prestación de servicios requeridos por la PPL en el ámbito de la salud mental se enmarque en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la Ley 1616 de 2013.

El Operador podrá consultar el documento VIC1. Desarrollo de capacidades institucionales y comunitarias en Salud Mental con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado en entidades priorizadas. Capítulo VI Documentos Técnicos para el desarrollo de capacidades en Salud Mental elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Convenio 547 de 2015 con la Organización Internacional para las Migraciones; que contiene recomendaciones para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental, conformación del equipo multidisciplinario para la atención en salud mental, detección temprana e identificación de pacientes, el uso de tecnologías como Telemedicina para la atención de problemas mentales, trastornos mentales y epilepsia y, particularmente el Manual de Gestión Integrada para la Atención Integral y Diferenciada de la Salud Mental de la Población Privada de la Libertad.

6. RUTAS DE ATENCIÓN EN SALUD

Considerando que el Modelo de Atención en Salud de la PPL, es la adaptación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) establecido en el artículo 65 del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y enmarcado en la Política de Atención Integral en Salud promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con las especificidades en relación con el espacio geográfico de la atención y el énfasis en patologías prevalentes específicas al interior de los establecimientos de reclusión, y en todo caso siendo el

paciente el centro de la atención y también corresponsable del cuidado de su salud; es relevante que el Operador Intramural conozca y establezca las Rutas de Atención Integral en que hacen parte del decálogo de componentes de este Modelo, en la planeación de las prestación de servicios de salud tanto a nivel intramural como cuando se requieran servicios extramurales, y que abarcan aspectos de detección temprana y protección específica, así como de educación para la salud.

No debe exigirse la práctica de las 16 rutas planteadas por el Ministerio de Salud, dado que aún no están formalizadas y además no siempre aplican a la realidad socioepidemiológica de la PPL, pero si sirven como referencia para lo más prevalente en cuanto a los 16 grupos de riesgo que se detallan en la Gráfica No. 4.

Gráfica No. 4

RUTAS DE ATENCIÓN



16 GRUPOS DE RIESGO

- ✓ MATERNO PERINATAL
- ✓ ALTERACIONES NUTRICIONALES – DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS
- ✓ ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- ✓ TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SPA
- ✓ ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATEROGÉNICA
- ✓ CÁNCER
- ✓ ALTERACIONES Y TRASTORNOS VISUALES
- ✓ ALTERACIONES Y TRASTORNOS DE LA AUDICIÓN Y COMUNICACIÓN
- ✓ ALTERACIONES Y TRASTORNOS DE LA SALUD BUCAL
- ✓ PROBLEMAS EN SALUD MENTAL
- ✓ VIOLENCIAS
- ✓ ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS
- ✓ ENFERMEDADES ZONOTICAS
- ✓ ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES
- ✓ ENFERMEDADES HUERFANAS
- ✓ TRASTORNOS DEGENERATIVOS, NEUROPATÍAS Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE

Fuente: Ministerio de Salud y protección social * Adaptada por el Grupo Asesores PS

Las Rutas de Atención propuestas describen las acciones para el manejo de riesgos colectivos y para la protección de la salud, promoviendo entornos saludables.

7. ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS A PRESTAR A NIVEL INTRAMURAL

Los servicios intramurales incluidos en el Modelo de Atención en Salud, abarcan, de acuerdo con la Resolución 3595 de 2016:

.....”a) *La protección específica y detección temprana, consulta externa general (medicina general, psicología, optometría, enfermería, nutrición), consulta odontológica y atención del consumidor de sustancias psicoactivas.*

b) *Consulta externa de especialidades médicas de psiquiatría, medicina interna y cirugía general más pediatría y ginecoobstetricia en los establecimientos de reclusión que alberguen mujeres y menores de 3 años que convivan con sus madres.*

c) *Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (toma de muestras de laboratorio clínico, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas, endoscopia, ultrasonido, terapia física, terapia respiratoria y terapia de lenguaje en los casos que aplique).*

d) *En consulta externa general, se debe incluir toma de electrocardiograma y sala de procedimientos menores.*

En los establecimientos de reclusión de alta seguridad y con Justicia y Paz, se garantizará atención en medicina general y enfermería durante las 24 horas.

Una vez se cuente con mayor información con respecto a las variables definidas en el presente modelo, la USPEC en coordinación con el INPEC y previa justificación técnica, podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad la inclusión de otros establecimientos de reclusión para la atención las 24 horas”³⁵.

El profesional de salud tendrá las competencias para: Participar, planear, ejecutar y evaluar actividades o acciones comprendidas en el modelo de salud, que den solución a los problemas de las personas privadas de la libertad y comunidad penitenciaria, de acuerdo con su momento de curso de vida, y el ámbito y cobertura según lo establecido en la Resolución 6408 de 2016 “Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” y sus respectivos anexos que define, aclara y actualiza integralmente el contenido del Plan Obligatorio de Salud; para ello, podrá realizar como mínimo:

³⁵ Tomado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203595%20de%202016.pdf; consultado el 7-03-2017. Adicionalmente y acorde con la morbilidad observada se requieren las otras especialidades o servicios.

7.1. NIVEL PRIMARIO

A nivel Materno - Perinatal

- Control Prenatal
- Consulta para detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Toma y lectura de monitoreo fetal
- Diagnóstico a través de las maniobras de Leopold
- Control neonatal continuo
- Curso para la maternidad
- Atención de Parto
- Control Posparto
- Educación y asesoría a la Madre Canguro
- Consulta al recién nacido
- Educación y acompañamiento para la lactancia materna

Primera Infancia (Niño hasta los 3 años)

- Consulta a lactante y niño
- Control de crecimiento y desarrollo
- Consulta de control de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo biopsicosocial
- Planeación, ejecución y evaluación programas de vacunación e inmunizaciones
- Educación en promoción de estilos de vida saludables a niños y madres
- Consejería en nutrición y valoración de relación de peso y talla para la edad, índice de Masa Corporal, basados en la realidad económica, política y cultural.
- Educación en salud bucal a niños y padres
- Educación en programas específicos: diabetes, desnutrición, hemofilia y otros

Planificación Familiar

- Consejería para adultos
- Consulta de Planificación Familiar
- Aplicación de dispositivo intrauterino
- Educación sobre uso correcto de los métodos de planificación familiar: métodos de emergencia, uso del preservativo, implantes.

Adulto

- Valoración física, psicología y funcional del adulto joven.
- Toma de Citología
- Educación sobre autoexamen de seno e importancia de la mamografía.
- Educación sobre importancia del examen de próstata
- Valoración para detección oportuna de alteraciones visuales

- Educación en Salud Bucal
- Educación sobre prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Apoyo y acompañamiento en nido vacío
- Educación y seguimiento sobre hábitos y estilos de vida saludable
- Actividades de promoción y mantenimiento de la salud en el contexto familiar
- Actividades de recreación y ejercicio
- Educación en Sexualidad
- Actividades de cuidado durante el embarazo y la reproducción

Adulto Mayor

- Valoración de la capacidad funcional, física y psicológica de las personas mayores
- Consulta de Prevención y Educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables
- Control de pacientes diabéticos, educación sobre control glucómetro y administración de insulinas
- Control a pacientes con Hipertensión arterial
- Actividades de cuidado para la prevención de enfermedades cardiovasculares
- Consulta a pacientes con enfermedades crónicas
- Control, atención y seguimiento a pacientes con enfermedades oncológicas
- Consulta y seguimiento a pacientes con falla cardiaca
- Refuerzo educativo sobre:
 - Ejercicio
 - Alimentación
 - Diseño de programas de acompañamiento
 - Diseño de programas especiales para la edad dorada
 - Apoyo en el nido vacío
- Valoración y diagnóstico familiar
- Consejería individual
- Actividades para fortalecer la funcionalidad familiar
- Actividades para la detección y manejo de estrés

7.2. EN LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

- Triage del Profesional
- Suturas en lugares que no implican cara y manos y cuidados post
- Participación en la red de urgencias, referencia y contra-referencia
- Valoración de signos vitales incluyendo el dolor y otros signos y síntomas
- Manejo, administración y control de líquidos endovenosos y otros

- Cuidado en situaciones neurológicas
- Actividades de cuidado para la prevención de infecciones intramurales
- Cuidado al niño hasta los 3 años de edad en situaciones críticas y crónicas
- Cuidado a la mujer gestante en situaciones críticas y crónicas
- Cuidados en la administración de medicamentos.
- Cuidados de enfermería con los medios invasivos: Drenajes, Catéter implantado y Mahurka.
- Cuidados de enfermería en la instalación y manejo de Sonda Vesical, Sonda nasogástrica, oro gástrica y otras
- Cuidados de pacientes portadores de marcapasos
- Manejo de Clínica de Heridas y Ostromías
- Toma de muestras de laboratorio
- Toma electrocardiografía y otros medios no invasivos
- Cuidados de Enfermería con el código azul y manejo del carro de resucitación
- Cuidados en oxigenoterapia, gases arteriales y manejo de equipos de apoyo respiratorio.
- Control de alimentación
- Cuidado de la piel y prevención de lesiones de piel
- Cuidado perioperatorio y pos operatorio
- Cuidado al paciente crítico cuando existen áreas para tal fin
- Cuidado al paciente oncológico
- Cuidado al paciente crónico: (diabetes, fibromialgias, renal, hipertenso, pulmonar)
- Cuidado al paciente cardiovascular
- Cuidado al paciente con alteraciones inmunológicas y endocrinas

7.3. OTRAS ACTIVIDADES

- Detección y educación sobre manejo del ambiente
- Detección y educación sobre disposición de excretas y basuras
- Participación en actividades de saneamiento ambiental
- Investigación (uso de la evidencia científica e investigación aplicada)
- Educación formal e informal a persona y grupos, en temas relacionados con el autocuidado, enfermedades infecciosas, entre otros, como se menciona más adelante.

7.4. RESUMEN DE ATENCIONES

La prestación de servicios comprenderá en resumen:

7.4.1. A Nivel Intramural

- Cuidados de Salud Básicos
- Actividades de Prevención y Promoción
- Emergencias sanitarias – Brotes – Intoxicación alimentaria, etc.
- Atención de urgencias médicas y articulación en caso de remisión
- Asistencia prenatal
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas
- Atención Especializada presencial o telemedicina (Diagnostico)
- Servicios de Salud Mental – Protocolos y actividades terapéuticas
- Servicio de tratamiento de adicciones
- Atención Farmacéutica – particularmente crónicos (HTA y DM)

7.4.2. Por Referencia a Nivel Extramural

- Atención en Consulta Especializada de baja frecuencia
- Procedimientos o exámenes diagnósticos de complejidad mediana o alta, según capacidad
- Hospitalización – UCI – Cuidado Intermedio – Mediana complejidad
- Quimioterapia y Radioterapia
- Diálisis
- Cirugía de alta complejidad

La PPL afiliada a EPS podrán solicitar los servicios médicos de profesionales adscritos a la red de la EPS, cuando se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o Especial, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho.

8. PAUTAS INDICATIVAS DE AUDITORIA SOBRE LA GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL OPERADOR INTRAMURAL PARA LA PPL

La Resolución 3595 de 2016, establece que el seguimiento y la evaluación del modelo de atención en salud corresponde a la USPEC y al INPEC, en relación con la Auditoria para la Calidad establece en el numeral 6.2.:

6.2. **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.** La USPEC, en coordinación con el INPEC, deberá implementar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en la aplicación del presente modelo de atención definido para la población interna y **su inclusión en el Manual Técnico Administrativo.** La USPEC, en coordinación con el INPEC, realizará mediciones de los niveles de calidad esperados, realizando seguimiento a: Las diferencias ente la calidad deseada y la observada por parte de los prestadores de servicios de salud contratados, adoptando medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. Igualmente, mantendrá las condiciones de mejora realizadas.

En este sentido, se solicitará a los prestadores primarios o complementarios extramurales, así como a los prestadores primarios intramurales, las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales según el grado de variación de los parámetros de calidad definidos y los resultados obtenidos, con el fin de garantizar los niveles de calidad establecidos.

*Para la atención intramural y extramural, se realizará auditoría médica a las atenciones realizadas, de manera que se garantice, entre otros, la adecuada ejecución de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud. **Dicha auditoría, será contratada por la USPEC con recursos del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad**³⁶.*

La prestación de servicios de salud a la PPL debe ponerse en marcha bajo el nuevo modelo de atención establecido mediante la Resolución 3595 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones” y considerando acciones de garantía de calidad³⁷, que además se integren en un programa perdurable en el tiempo y con evaluaciones periódicas (monitorización) que persigan conseguir un servicio con unos niveles de calidad óptimos. Así mismo, quienes presten los servicios de salud, como quien realice las acciones de seguimiento al desempeño del modelo de atención tomarán en cuenta las pautas establecidas en los Manuales Técnico-Administrativos para la prestación de servicios de salud expedido por la USPEC.

³⁶ Se reitera la autonomía de la USPEC, y en lo aplicable del Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017, para efectos de aplicar el principio de la contratación estatal de eficiencia y la lógica coordinación, la norma exige “que hacer2 pero no obliga a que lo hagan varias entidades, Adicionalmente si la labor de seguimiento del Modelo por un lado y la auditoria del mejoramiento de la calidad por otro lado, puede realizarse mediante sinergias, sus resultados y planes de mejoramiento pueden servir a ambos, LA USPEC y el Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017

³⁷ Numeral 3 del anexo técnico de la Resolución 3595 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones”

El propósito de estas Pautas indicativas de Auditoría es garantizar una adecuada implementación de los procesos de atención y la gestión de salud integral y con calidad para la población privada de la libertad que deberá realizar el Operador Intramural a contratar para tal fin a nivel interno y el INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017, como contratante de servicios.

El Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como lo establece el título IV del Decreto 1011 de 2006 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, se inicia con una adecuada orientación de los diferentes actores del sistema para realizar la auditoría e implementar los procesos para la gestión de la calidad, impactando en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

La Auditoría es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Debe considerarse que la calidad en la prestación de servicios de salud “excelente” se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos, manual de funciones, guías de manejo y técnicas que satisfagan al cliente. Por lo tanto, podemos decir que la percepción del cliente es la que determina la calidad y la excelencia del servicio, el estímulo para el trabajador y el buen prestigio de la Institución prestadora de servicios de Salud; y en este caso el cliente es claramente la persona privada de la libertad a quien el Estado tiene la obligación de garantizar la adecuada atención en salud.

Es importante recordar que la legislación Colombiana es muy clara y muy exigente en cuanto a la calidad de servicios en salud, tal como se ha expresado desde la Ley 100 / 93 con sus principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad y participación. Además de los Decretos y Resoluciones reglamentarias del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (D.1011 de 2006, R.1441 de 2013 y las Guías básicas para Auditoría en el Mejoramiento de la Calidad del Ministerio de Salud y Protección)

El concepto de calidad debe ser una constante para quien brinda el servicio y para el paciente quien lo requiere. Por lo anterior, la búsqueda de la calidad, a través de una metodología científica, está dirigido a que toda la organización se involucre en el mejoramiento continuo para así lograr la satisfacción del cliente mediante un servicio de excelencia.

Es conveniente aclarar que cada institución debe ser mirada como una situación particular, puesto que tiene una historia, una circunstancia y un entorno que la determinan,

por lo cual será necesario particularmente frente al modelo de prestación de servicios que el operador intramural desarrolle sus estrategias de garantía de la calidad, de Auditoría propias, distintas y a la vez innovadoras, pero dentro de un contexto establecidos; y a su vez el INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017 establezca los mecanismos para el monitoreo y evaluación de estas estrategias que permitan garantizar la entrega de servicios con calidad excelente a la población PPL.

El Operador intramural será responsable de la calidad del servicio, del impacto positivo, que el servicio sea amable, cómodo, oportuno, humano, personalizado y aceptar las quejas y los reclamos por parte de los pacientes, estableciendo un mecanismo para su análisis y corrección de las causas en un proceso de mejoramiento continuo.

8.1. COMPONENTES

El proceso de la Auditoría sobre la gestión de prestación de servicios, tanto a nivel intramural como a nivel extramural deberá contemplar como mínimo los siguientes componentes, y basarse en los procesos definidos más adelante:

1. Evaluación de la calidad y suficiencia de recursos: número y competencia del recurso humano, físico, equipo e insumos.
2. Evaluación de la calidad: Registro de Historias Clínicas e incapacidades.
3. Auditoría Clínica directa: atención diagnóstica y terapéutica adecuada, calidad técnica de los profesionales y uso eficiente de los recursos.

8.2. INDICADORES DE CALIDAD

Adicionalmente, se implementará la medición de indicadores en forma periódica que permitan evaluar el desarrollo de los procesos de calidad y particularmente la satisfacción de los pacientes.

Miden hasta qué punto se están satisfaciendo las necesidades y expectativas del cliente.

El oferente deberá tener en cuenta, entre otros, lo incluido en relación con la estandarización para la medición de los indicadores de calidad, en la Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud (BNI), del Ministerio de Protección Social, la cual es referente e incluye el conjunto de indicadores recopilados a través del consenso de diversos grupos de expertos nacionales en la monitorización de la calidad de la atención en salud, obtenidos a partir de la revisión de la literatura existente y en lo posible basados en la evidencia disponible; estandarizados y

recomendados para su utilización en los diferentes niveles del Sistema de Información para la Calidad: nivel de monitoría del sistema, niveles de monitoría externa e interna, indicadores de acreditación e indicadores de seguimiento a riesgos, y publicados en la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad.

El Anexo No. 6 INDICADORES DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y SATISFACCION DEL SERVICIO PARA LA PPL, contiene la propuesta detallada con los indicadores que consideramos deben utilizarse en el primer año, no obstante, posteriormente podrá agregar para la medición otros indicadores de calidad, de conformidad con lo establecido en la Resolución 256 de 2016 " Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud", y realizar los reportes correspondientes como IPS- Institución Prestadora de Servicios de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social.

8.3. CARACTERÍSTICAS DE LA AUDITORIA

La Auditoría a realizar debe ser:

- Planeada, no Improvisada
- Estructural, no coyuntural
- Objetiva, no subjetiva
- Integral, no segmentada
- Asesora, no punitiva
- Esencialmente Preventiva
- Eficiente y Oportuna
- Respetuosa de las personas

8.4. NIVELES DE AUDITORIA

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y en este marco deberá implementarse tanto en el Operador Intramural, como en la Red Extramural y desde el contratante de los servicios de salud (INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017). Para promover que estas instituciones desarrollen acciones que promuevan la aplicación del enfoque propuesto por el MSPS para la auditoría, la norma establece que el modelo operará en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa; los dos primeros operan en el nivel de microgestión, y el tercer nivel, en el de mesogestión.

A. Autocontrol

Nivel óptimo en que actúa la auditoría y que establece que “cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización” (Decreto 1011 DE 2006).

En este sentido tanto el Operador Intramural, las instituciones de la Red extramural como el INPEC deberán:

- 1) Diseñar y Estandarizar sus procesos de manera participativa, con base en los objetivos del Modelo de Atención en salud para la PPL
- 2) Realizar esfuerzos permanentes para capacitar y entrenar a cada uno de sus miembros en las tareas del día a día y en los resultados que de ellos se esperan, y
- 3) Empoderar a sus miembros para que propongan y realicen los cambios pertinentes con miras a mejorar los procesos en los cuales participan.

El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que la organización deposita en cada uno de sus miembros.

B. Auditoría Interna

“es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita”. ” (Decreto 1011 DE 2006).

Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.

En este sentido el Operador Intramural deberá presentar como parte de su propuesta, cómo se llevara a cabo este proceso y en todo caso deberá consultar las Guías y Pautas establecidas por el INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna”

La auditoría interna actúa sobre el autocontrol y debe entenderse como el nivel que promueve y facilita, entre otras, las siguientes acciones:

1. El análisis de aquellas causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.
2. La implementación de las acciones necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado.
3. El acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento y mejoramiento de los mismos.

La auditoría interna debe evitar a toda costa los enfoques punitivos centrados exclusivamente en la supervisión o inspección, cuyo propósito fundamental es la búsqueda de culpables para sancionar. Estos modelos generalmente conducen a un falso autocontrol, caracterizado por la simulación de calidad durante las inspecciones.

C. Auditoría Externa

“es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada.” (Decreto 1011 DE 2006). Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden”. Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa tiene su razón de ser en el ámbito de la mesogestión, con base en acuerdos previamente pactados y puede ser llevada a cabo en el caso del Operador Intramural por cuenta el INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017 o un tercero contratado con este objetivo.

Estos acuerdos podrán realizarse preferiblemente con base en los indicadores definidos por el sistema de información para la calidad Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, “por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”). En la medida en que el INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017 se comporta como comprador de servicios de salud para la población privada de la libertad, se incluye en este ámbito.

En síntesis, el INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017, el Operador Intramural y la Red de prestadores extramural deben diseñar e implantar un Programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, que implica el desarrollo de acciones de autocontrol y auditoría interna.

En el caso del INPEC - USPEC - Consorcio Fondo de atención en salud PPL 2017, el programa de auditoría debe incluir, además, el componente de auditoría externa sobre el Operador y los demás Prestadores de Servicios de Salud.

8.5. PROCESOS EN LOS QUE DEBE CENTRARSE LA AUDITORIA

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud deberá centrarse en los procesos considerados como prioritarios para el sistema, y de acuerdo con las competencias de cada uno de los actores auditados.

El Operador Intramural especialmente y las IPS extramurales deberán incluir en su programa de auditoría mecanismos para evaluar la satisfacción del cliente, proceso que es prioritario en el marco del Sistema, y particularmente para el éxito del Modelo de Atención para la población PPL y, mecanismos para abordar efectivamente los principales problemas de calidad de la organización (procesos priorizados), de manera que se garanticen los resultados esperados en la prestación de los servicios.

Los procesos propuestos serían:

- 1) Análisis periódico de la Historia Clínica y de los registros clínicos y asistenciales.
- 2) Adherencia a los Manuales de procedimientos y guías clínicas de atención
- 3) Referencia y Contrareferencia
- 4) Metodología para evaluación de tiempos de atención (Oportunidad)
- 5) Evaluación de la satisfacción del usuario
- 6) Registros y complicaciones posquirúrgicas y posthospitalarias
- 7) Coordinación del apoyo logístico para desplazamientos entre los ámbitos Intramural y Extramural.
- 8) Análisis de indicadores de salud: Cobertura y mínimos de Calidad, con foco en los resultados para la estrategia de los incentivos por gestión o desempeño, ver Anexo No. 7 INCENTIVOS POR DESEMPEÑO.

9. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA PPL

Se parte de la base que el SISIPPEC es un sistema de información por construir, dado que en la actualidad existe información parcial, dispersa y no digitalizada, ello por sí mismo, permite actuar con la claridad de apoyarse en el conocimiento y practica que tienen los potenciales oferentes dadas sus características de prestadores directos o garantes de la prestación de servicios de salud, a ellos se les debe exigir la entrega de una información con unas condiciones, estructura y cualidades específicas, que es lo que tiene el presente producto.

Pero debemos ser responsables en advertir, que debe crearse o contratarse -por la USPEC, o por el consorcio fiduciario como su contratista- con un mínimo aceptable de condiciones, el modulo soporte y la base del sistema con todos los componentes, que permita ser alimentado, procesado, y salvaguardado, cuando sean entregados por los operadores con la periodicidad acordada. Ello debe tener un presupuesto separado, razonable, sea parte o no del percapita presupuestado, no transferible al operador.

Adicionalmente, consideramos importante informar a los interesados en ofertar algunas especificaciones y características señaladas por el INPEC, sobre la plataforma sobre la cual funciona el aplicativo SISIEPEC WEB son:

Tabla No. 11

Item	ESPECIFICACIÓN
SOFTWARE	
1.	Base de datos Oracle Versión 12c
2.	Servidor de aplicaciones Oracle weblogic server 11g
3.	Servidor de reportes Jasper reports server community versión 6.1
4.	Entorno de desarrollo Oracle ADF (Aplicación Development Framework) 11g
5.	Sistema operativo Sun Solaris 11
HARDWARE	
1.	Servidor Sun Oracle Sparc T5

Fuente: INPEC oficio de octubre de 2.016 y correo electrónico del 21 de diciembre de 2016

Con el fin de asegurar el flujo de información adecuado, efectivo y seguro de la atención en salud prestada a la PPL, y siendo necesario establecer las pautas para garantizar el registro de las novedades de alta y baja (Actividad de Censo diario realizada por el INPEC), se establecen las pautas para el manejo de la base de datos desde el registro en el SISIEPEC WEB.

A partir del proceso de Aseguramiento en Salud para la población privada de la libertad del INPEC, se genera y actualiza la información que permite la creación y cargue de la misma en el sistema de información del operador, el cual, se convierte en responsable de administrarla y actualizarla de acuerdo con la información del paciente, su estado de salud y los servicios prestados, asegurando la calidad de la misma y la disponibilidad de la información a reportar a las entidades de vigilancia y control.

Es requisito para el operador formalizar con el INPEC, la USPEC y el CONSORCIO el acuerdo de confidencialidad para el manejo de la información de los beneficiarios incluidos

en las bases de datos y la definición y socialización de sus políticas de tratamiento de datos personales acorde a la legislación colombiana.

9.1. ACTIVIDADES RELACIONADAS

- Inicio: Recibir por los medios que se establezcan, la base de datos inicial en la estructura previamente definida, la cual contiene toda la información requerida de la PPL con derecho a atención en salud.
- Actividades: Realizar la validación, cargue y certificación dentro de las siguientes 12 horas calendario de la BD recibida, si identifica inconsistencias reportarlas inmediatamente.
- Recibir semanalmente la BD que actualiza la información de la PPL, ingresos, bajas, hijos beneficiarios, EPS, etc. Realizar la validación, cargarla y certificarla, asegurando que al término del tiempo establecido, la información se encuentra disponible en el sistema de información del operador para ser consultada por los profesionales de salud responsables de la atención de los beneficiarios en los diferentes centros de reclusión.

9.2. CONTENIDO

El detalle completo y específico, las funcionalidades y requisitos mínimos del Sistema de Información están contenidos en el No. 8 SISTEMA DE INFORMACIÓN, a continuación se describen y detallan las actividades principales del proceso de administración de la información:

- 1) Definición de la estructura de BD inicial y base de datos semanal de novedades por parte del INPEC
- 2) Socialización de las estructuras de BD al operador
- 3) Ajustes y parametrización por parte del operador, en su sistema de información, de los procesos necesarios para realizar el cargue inicial y semanales de actualización de la PPL
- 4) Recepción por parte del operador de la BD entregada por el INPEC en la estructura previamente definida
- 5) Validación y cargue de la BD dentro de las siguientes 12 horas calendario posteriores a la entrega por parte del INPEC
- 6) Certificación del adecuado cargue de la BD

- 7) Operación y Administración del Proceso de creación y administración de perfiles y seguridad en el acceso (numeral 3, literal D, Anexo No. 8 SISTEMA DE INFORMACIÓN)
- 8) Operación y administración de los recursos y procesos de seguridad del sistema de información (numeral 3, literal D, Anexo No. 8 SISTEMA DE INFORMACIÓN)
- 9) Operación y administración del proceso de respaldo y recuperación de la información (numeral 3, literal F, Anexo No. 8 SISTEMA DE INFORMACIÓN)
- 10) Operación y administración del plan de contingencia, con la realización y documentación de pruebas sistemáticas que aseguran su funcionalidad (numeral 3, literal H, Anexo No. 8 SISTEMA DE INFORMACIÓN)

9.3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Oferta de Servicio del Operador
- Contrato suscrito entre el Consorcio y el Operador
- Convenio de Confidencialidad
- Procedimiento INPEC

10. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS RELACIONADOS

- **ADENDA:** Es el documento por medio del cual el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2017, modifica los Términos de referencia de la invitación y sus anexos.
- **ATENCIÓN AMBULATORIA:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.
- **ATENCIÓN CON INTERNACIÓN:** Ingreso a una institución prestadora de servicios de salud, para recibir tecnologías en salud con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la atención sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria salvo en los casos de urgencia. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.
- **ATENCIÓN DOMICILIARIA:** Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Esta clase de atención incluye: Atención domiciliaria del paciente agudo; Atención domiciliaria del paciente crónico sin ventilador; Atención domiciliaria del paciente crónico con ventilador; Consulta domiciliaria.
- **ATENCIÓN EXTRAMURAL:** Es aquella que se presta a los internos por fuera de los centros de reclusión, y responde a la imposibilidad de prestar la atención dentro del establecimiento, ya sea por limitaciones en su capacidad instalada o insuficiencia de la

misma, por la complejidad del tratamiento o del procedimiento o por ser necesaria la atención hospitalaria.

- **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS:** Prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica de urgencia, la cual comprende: La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento; la realización de un diagnóstico de impresión; y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.
- **ATENCIÓN INTRAMURAL:** Es aquella que se presta en las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias de los establecimientos de reclusión.
- **AUDITORIA:** La auditoría es una revisión crítica y sistemática que es realizada por una persona o grupo de personas independientes al objeto o procedimiento auditado, ya sea, persona, organización, sistema, proyecto, producto, etc.; cuyo objetivo es el de emitir una opinión independiente, experta y competente. Hay muchos tipos de auditoría, que en esencia tienen criterios preventivos o correctivos, pero siempre con el propósito de oportunidades de mejoramiento.
- **CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:** Son personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones en la forma prevista en el Código Civil, que cumplen funciones de Seguridad Social y cuya finalidad primordial es la distribución de subsidios y servicios con base en los aportes efectuados por los empleadores. Las Cajas de Compensación Familiar pueden ser autorizadas como Entidades Promotoras de Salud, y también pueden emprender obras y programas sociales en el ámbito de la salud para atender el pago del subsidio familiar en especie o servicios.
- **CONTRATANTE:** Es la Entidad, en este caso el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2017, que requiere contratar los servicios de salud y las condiciones de operación asociados a ellos, señalados en los términos de referencia, con un tercero que tenga la capacidad y competencia para prestarlos.
- **CONTRATISTA:** Persona jurídica, consorcio o unión temporal que resulte seleccionado y suscriba el contrato correspondiente derivado de la invitación, obligado a la ejecución del mismo.
- **CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD:** El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, tendrá las funciones señaladas en el parágrafo 4° del artículo 105 de la Ley 65 de 1993, modificado por el artículo 66 de la Ley 1709 de 2014, y está integrado por los siguientes miembros:
 - El Ministro de Justicia y del Derecho o el Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa, quien lo presidirá.
 - El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.

- El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado.
- El Director de la Unidad Administrativa de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, entidad que ejercerá la Secretaría Técnica del Consejo Directivo.
- El Director del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).
- El Gerente de la entidad fiduciaria con la cual se contrate, con voz pero sin voto.
- **CONSORCIO:** Figura jurídica que se presenta cuando dos o más personas en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato. En consecuencia, las actuaciones, hechos y omisiones que se presenten en desarrollo de la propuesta y del contrato, afectarán a todos los miembros que lo conforman. **En el Consorcio la sanción afectará a todos los miembros de la asociación por igual**, independientemente del grado de participación de cada parte en el proyecto o en la situación que ha generado la sanción.
- **CONSORCIO FIDUCIARIOS FIDUPREVISORA- FIDUAGRARIA FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL 2017:** Consorcio integrado por Fiduciaria la Previsora S.A y Fiduciaria Agraria, con quienes la Unidad Administrativa de Servicios Penitenciarios y Carcelarios suscribió el Contrato de Fiducia Mercantil, encargado de la administración del Fondo Nacional de Salud de las Personas privadas de la Libertad en las condiciones y con los objetivos señalados en la Ley 1709 de 2014. El Consorcio será el contratante en la presente invitación y términos de referencia, y en el futuro contrato.
- **CONSULTA MÉDICA:** Valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.
- **CONSULTA ODONTOLÓGICA:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.
- **CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:** Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales.
- **EQUIPO BIOMÉDICO:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituyen equipo biomédico, aquéllos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso.
- **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD:** Son las entidades que al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud son responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- **ERON:** Establecimiento de reclusión del orden nacional, creado, fusionado, suprimido, dirigido y vigilado por el INPEC. El INPEC, en coordinación con la USPEC,

determinarán los lugares donde funcionarán dichos establecimientos. Los establecimientos de reclusión se encuentran clasificados en el artículo 11 de la Ley 1709 de 2014 que modificó el artículo 20 de la Ley 65 de 1993.

- **FACTOR DE CALIFICACIÓN:** Es el criterio de escogencia de la oferta más favorable, cuya ponderación será detallada en los términos de referencia. La ponderación será representada en un puntaje asignado a cada factor de calificación, y dará lugar a la escogencia de la oferta más ventajosa, la cual se realizará estrictamente teniendo en cuenta estos criterios previamente definidos en los términos de referencia.
- **FONDO NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD:** El Fondo es una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, constituido con recursos del Presupuesto General de la Nación.
- **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:** Es el procedimiento mediante el cual el prestador de servicios de salud extramural se inscribe ante la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, para su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- **INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD:** Entidad debidamente habilitada por el Estado para prestar atención médica en un determinado ámbito territorial, según su nivel de complejidad.
- **INTERVENTORÍA:** Para efectos de la presente invitación a contratar, términos de referencia de la misma, y futuro contrato, de conformidad con el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, la interventoría consiste en el seguimiento técnico que sobre el cumplimiento del contrato realice una persona natural o jurídica contratada para tal fin, cuando el seguimiento del contrato suponga conocimiento especializado en la materia, o cuando la complejidad o la extensión del mismo lo justifiquen. No obstante, cuando se encuentre justificado y acorde a la naturaleza del contrato, se podrá contratar el seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, jurídico del objeto o contrato dentro de la interventoría. Los consultores y asesores externos responderán civil, fiscal, penal y disciplinariamente tanto por el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de consultoría o asesoría, como por los hechos u omisiones que les fueren imputables y que causen daño o perjuicio a las entidades, derivados de la celebración y ejecución de los contratos respecto de los cuales hayan ejercido o ejerzan las actividades de consultoría o asesoría.
- **INVITACIÓN:** La convocatoria realizada por el contratante, dirigida a quienes estén interesados y puedan participar en el proceso de selección para prestar los servicios objeto de la misma.
- **OFERENTES:** Personas jurídicas, consorcios o uniones temporales que participan en la invitación, bajo las reglas y condiciones establecidas en los términos de referencia y sus anexos, con el fin de contratar los servicios objeto de los términos de referencia. En el caso que los oferentes lo hagan a título de Consorcio o unión temporal, deberán

indicarlo y en este último caso, señalarán los términos y extensión de la participación en la propuesta y en su ejecución, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo del Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2015. Los miembros del consorcio y de la unión temporal deberán designar la persona que, para todos los efectos, representará al consorcio o unión temporal y señalarán las reglas básicas que regulen las relaciones entre ellos y su responsabilidad.

- **POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD INTRAMURAL:** Es aquella población privada de la libertad que se encuentra interna en los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Cuando en los presentes términos de referencia se haga mención a la “Población Intramural”, deberá entenderse que se está mencionando a la Población Privada de la Libertad Intramural.
- **POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD:** Es aquella que está integrada por las personas internas en los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), así como por quienes están en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC.
- **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes y los servicios de transporte especial de pacientes. Para efectos del Modelo de Atención en Salud de la Población Privada de la Libertad, son los responsables de la atención a la población interna a nivel extramural.
- **PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC):** Es un componente de mejoramiento continuo, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios.
- **PROTOCOLO DE TRATAMIENTO**

Un protocolo es un reglamento o una serie de instrucciones que se fijan por tradición o por convenio. Documento o una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos (conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones).

Protocolo de la atención médica: es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. Los protocolos se usan especialmente en aspectos críticos que exigen apego total a lo señalado, como ocurre en urgencias (reanimación) o bien cuando hay regulación legal, como en medicina forense.

REF: Herramientas de gestión para organizaciones y empresas de salud. Medwave 2012 Jul;12(6):e5436 doi: 10.5867/medwave.2012.06.5436.

- **REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (REPS):** Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los prestadores de servicios de salud que se encuentren

habilitados. Para el Modelo de Atención en Salud para las Personas Privadas de la Libertad aplica para los prestadores extramurales.

- **REQUISITOS HABILITANTES:** Son las condiciones de capacidad jurídica, técnica, financiera y de organización del oferente, que son objeto de verificación para su cumplimiento, y que han sido establecidas para satisfacer una necesidad, en forma adecuada y proporcional a la naturaleza del objeto y las obligaciones del futuro contrato; tratándose de las condiciones necesarias para ejecutarlo.
- **RESPONSABILIDADES DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.** Los Supervisores y/o interventores responderán civil, fiscal, penal y disciplinariamente tanto por el cumplimiento de las obligaciones derivadas de sus funciones, como por los hechos u omisiones que les fueren imputables y que causen daño o perjuicio a la **CONTRATANTE**, derivados de la celebración y ejecución de los contratos respecto de los cuales hayan ejercido o ejerzan las actividades de supervisión o interventoría.
- **SALUD MENTAL:** Es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.
- **SERVICIO MÉDICO PENITENCIARIO Y CARCELARIO.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.
- **SISTEMA NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO.** El Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario está integrado por el Ministerio de Justicia y del Derecho; el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), como, adscritos al Ministerio de Justicia y del Derecho con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa; por todos los centros de reclusión que funcionan en el país; por la Escuela Penitenciaria Nacional; por el Ministerio de Salud y Protección Social; por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y por las demás entidades públicas que ejerzan funciones relacionadas con el sistema. El sistema se regirá por las disposiciones contenidas en la ley 1709 de 2014 y las demás que lo adicionen y complementen.
- **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS:** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad

de los servicios de salud en el país. Para el modelo de atención en salud de la población privada de la libertad, aplica para prestadores extramurales.

- **SUPERVISIÓN:** La supervisión consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la Entidad contratante cuando no se requieren conocimientos especializados. Cuando la supervisión ha sido asignada a varias personas o entidades, cada una responde por la ejecución del contrato en lo que respecta a sus competencias, ejerciendo una correcta vigilancia del objeto, las obligaciones, el plazo, la ejecución presupuestal y las demás condiciones del contrato.
- **TÉRMINOS DE REFERENCIA:** Documento contractual soporte de la contratación, contentivo de las condiciones de capacidad jurídica, técnica, financiera y de organización requeridas, así como de los factores de calificación y ponderación de las ofertas, los anexos, formatos y condiciones técnicas de ejecución y demás condiciones, especificaciones y características de la invitación y futuro contrato, así como las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes (participantes, contratante, contratista). Su carácter es obligatorio y rige para la ejecución del contrato.
- **TRASTORNO MENTAL:** Es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de vida.
- **UNIDAD DE SERVICIOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS.** La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), tiene como objeto gestionar y operar el suministro de bienes y la prestación de los servicios, la infraestructura y brindar el apoyo logístico y administrativo requeridos para el adecuado funcionamiento de los servicios penitenciarios y carcelarios a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).
- **UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS:** Lugares que se encuentran en los centros de reclusión, donde se prestará la atención intramural, conforme a lo que establezca el modelo de atención en salud. La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) será la responsable de la adecuación de la infraestructura de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios.
- **UNIÓN TEMPORAL:** Figura jurídica que surge cuando dos o más personas en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado, pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal. **En la Unión Temporal se analizará el grado de responsabilidad** de cada asociado en el hecho

sancionable y la responsabilidad **recaerá únicamente sobre el o los miembros que hayan incurrido en la conducta** o hecho por el que se ha impuesto la sanción.

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ⁱ MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS PRISIONES ORDINARIAS: deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía 2008. Autora: M^a Isabel Mora Grande. Abogada, Coordinadora general de la APDHA.

ⁱⁱ EJECUCION DE LA PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD - Ley 24.660 de 1996 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina

ⁱⁱⁱ MEDIDAS PRIVATIVAS Y NO PRIVATIVAS DE LA LIBERTAD- El Sistema Penitenciario, Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal- OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO Nueva York, 2010

^{iv} Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación- JM Arroyo, P Astier*. Centro Penitenciario de Zaragoza * Subdirección Médica del Hospital Clínico de Zaragoza.

^v Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial en Prisiones. Programa de Calidad Asistencial en Prisiones. CAPRI. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. GSK. Madrid 2003.

^{vi} Marshall T, Simpson S, & Stevens A. Health care needs assessment in prisons: a toolkit. Journal of Public Health Medicine 2001; 23: 198-204.

^{vii} Reed J, Lyne M. The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. British Medical Journal 1997; 315: 1420-1424.

^{viii} Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Alta Hospitalaria Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud". Ministerio de Salud y Protección Versión 2.0.

^{ix} LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS PRISIONES - Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones- Serie de capacitación profesional N.º 11, NACIONES UNIDAS. Nueva York y Ginebra, 2004.

^x “VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario: Marco de acción para una respuesta nacional eficaz” (2006).

^{xi} ASCOFAME. Fundamentos en Salud Familiar. Bogotá 2008
[http/ www.ascofame.org.co/ Fguiasmbe.htu](http://www.ascofame.org.co/Fguiasmbe.htu)