

Derecho humano a la salud en el establecimiento penitenciario y carcelario de Tunja, Colombia

Human right to the health in the penitentiary and prison establishment of Tunja, Colombia

Autor: Nicolás David Rodríguez Forero

DOI: <https://doi.org/10.19053/16923936.v16.n31.2018.9480>

Para citar este artículo:

Rodríguez-Forero, N. (2018). Derecho humano a la salud en el establecimiento penitenciario y carcelario de Tunja, Colombia. *Revista Derecho y Realidad*, 16, (31), 45-68.



Derecho humano a la salud en el establecimiento penitenciario y carcelario de Tunja, Colombia

Human right to the health in the penitentiary and prison establishment of Tunja, Colombia

Nicolás David Rodríguez Forero

<https://orcid.org/0000-0002-2663-4752>

Abogado Universidad Santo Tomas Seccional Tunja. Mg (c) En Derechos Humanos.
Contratista de Cobro Coactivo de la Secretaría de Tránsito y Transporte de Tunja. Colombia.
Correo electrónico: nicolasdavid1990@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2017

Fecha de aceptación: 9 de mayo de 2018

Cómo citar este artículo/to reference this article

Rodríguez-Forero, N. (2018). Derecho humano a la salud en el establecimiento penitenciario y carcelario de Tunja, Colombia. *Derecho y Realidad*, 16 (31), 45-68.

RESUMEN

Esta investigación cualitativa, pretende analizar los alcances prestacionales de protección, reconocimiento y acceso al servicio de salud en personas privadas de la libertad en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario - EPMSC de Tunja, durante el periodo 2005-2018. Este objetivo involucra la participación estatal, municipal, y de los organismos de control como la Personería Municipal, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación, a fin de exigir la prestación de los servicios médico- asistenciales, en el marco del Estado de Cosas Inconstitucional y de Emergencia Carcelaria. El método utilizado en este sentido fue el análisis documental de dos tipos de fuentes: a) la revisión de autores en materia de evolución del derecho a la salud en materia carcelaria, y debe requerir sostenibilidad e infraestructura en el escenario carcelario tunjano, para la garantía y exigibilidad del derecho humano a la salud.

PALABRAS CLAVE: Salud, Personas Privadas de la Libertad, Estado de Cosas Inconstitucional, relación especial de sujeción, derechos humanos, protección.

ABSTRACT

This qualitative, research aims to analyze the scope of protection, recognition and access to health services for people deprived of liberty at the Medium Security and Prison Establishment in Tunja, Colombia during the 2005-2018 period. This objective involves the participation of the state, municipal, and control agencies such as Municipal Ombudsman, the Ombudsman and the Attorney General of the Nation, in order to demand the provision of medical-care services, within the framework of the State of Things Unconstitutional and Prison Emergency. The method used in this sense was the documentary analysis of two types of sources: a) the review of authors on the evolution of the right to health in prison matters, and b) the deficit and emergence of the prison health care model. The results show that the EPMSC of Tunja is one of the least crowded prison settings in the

country, which it has had a scope and scenario of denial, weak and tenuous to satisfactory, favoring the participation of the HR committee, and mainly depending on the balance economic model of health care. Consequently, it implies that sustainability and infrastructure must be required in the Tunja prison scenario, for the guarantee and enforceability of the human right to health. .

KEYWORDS: Health, Persons Deprived of Liberty, State of Things Unconstitutional, human rights, protection.

INTRODUCCIÓN

El fundamento esencial de los derechos humanos implica el uso adecuado y la protección a sujetos poblacionales, abarcando la primacía del interés general y el respeto de la dignidad humana que señala la Constitución, los tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano en materia de derechos humanos, los cuales ayudan a estructurar, como eje central, el rol del ser humano, frente al aparato estatal de crear mejores espacios de transformación y cambio hacia sus condiciones de existencia.

En ese sentido, este estudio socio-jurídico e investigativo que se pretende abordar, radica esencialmente en plantear los alcances de protección y el reconocimiento que ha llevado a cabo el Estado colombiano, en procura de garantizar a las personas privadas de la libertad, en adelante PPL, la accesibilidad, cobertura y universalidad del derecho humano a la salud, consagrado en la Constitución de 1991.

Partiendo de lo anterior, es menester mencionar el hecho de que la inclusión de los derechos humanos (*en adelante* DDHH) es vital para la concreción de elementos que avoquen la defensa, legitimidad y exigibilidad de los derechos, especialmente frente a la declaratoria del Estado de Cosas Inconstitucional, la emergencia sanitaria y carcelaria, la responsabilidad del Estado, y el déficit de la infraestructura física en los establecimientos penitenciarios, en el contexto colombiano, que han abierto el diálogo. Esto último, a fin de concientizar la solidaridad social de este sector poblacional, mediante la participación de veedores ciudadanos, organismos de control humanitario, y el Gobierno, para garantizar condiciones dignas y valoración prioritaria de las PPL.

Bajo el contexto social e institucional actual, que se presenta por la declaratoria de emergencia carcelaria nacional, se analizará deductivamente el caso local para la atención en salud en el Municipio de Tunja, por parte de los organismos de control humanitario y prestador de salud, en el periodo 2005 a 2018.

En la primera sección del trabajo se expone metodología, en la segunda, se aborda la evolución del derecho a la salud en materia carcelaria en el contexto colombiano. En la tercera sección se identificarán los hallazgos obtenidos en el interior del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tunja EPMSC de Tunja, a partir de la evaluación objetiva de criterios relacionados con la administración, en la prestación del servicio médico-asistencial, el alcance del modelo de atención en salud y el acompañamiento, exigibilidad, defensa y lucha constante de las PPL en la protección de los DDHH. Finalmente se presentan las respectivas conclusiones.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es una investigación cualitativa, interpretativa y documental que, con base en el establecimiento jurisprudencial, marco normativo legal y reglamentario, en materia de accesibilidad en la prestación de los servicios de salud para la población privada de la libertad (en adelante PPL), busca la materialización de efectividad y amparo de este derecho fundamental en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tunja (en adelante EPMSC de Tunja), bajo el principio de la relación especial de sujeción, propendiendo por el respeto de la

dignidad humana, como facultad intrínseca y extrínseca que tiene el ser humano, en especial, la funcionalidad al goce efectivo de los DDHH y de la aplicabilidad del principio pro homine.

Vale aclarar que el estudio de tipo cualitativo parte inicialmente de la causa anterior a la creación del modelo de atención en salud para la PPL, el cual es la resultante del proceso histórico de protección y amparo de los derechos fundamentales de la PPL, a partir de la declaratoria del Estado de Cosas Inconstitucional y de Emergencia Carcelaria, decretado por la Corte Constitucional y el Gobierno Nacional, y que son fundamento primigenio de pautas y directrices esenciales, por medio de los cuales existe relación conexas de determinantes sociales que producen el fenómeno de hacinamiento carcelario, como son: infraestructura, falla o falta de atención médica, suministro de medicamentos y el adecuado funcionamiento del sistema de seguridad social en salud que indudablemente, para Betancur (2011), se concatena en un proceso de investigación socio jurídica, realizando como aproximación un estado de discusión y de dinámicas sociales generadas.

EVOLUCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN MATERIA CARCELARIA Y EL CONTEXTO COLOMBIANO

Como punto inicial de exploración y construcción en materia de salud en PPL, se debe partir, en esencia, del estudio jurídico que ha llevado a cabo la Corte Constitucional con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales (en adelante DESC). De esa forma, para Cortés *et al.*, (2007), se describió cómo ha sido la fase evolutiva de la naturaleza jurídica de los DESC, partiendo de tres escenarios, como se menciona a continuación:

Los DESC no son derechos fundamentales por su contenido prestacional y su naturaleza programática: sobre este particular, la Corte Constitucional, en los años 1992¹ a 1993², sostuvieron a través del ejercicio jurisprudencial que los DESC, no son derechos fundamentales por su contenido prestacional y por su naturaleza programática, lo que se traduce en que deben ser considerados como simples directrices políticas dirigidas al legislador y a las autoridades encargadas de adoptar políticas públicas. (pp. 113-115)

De lo anterior se deduce que en ese primer escenario, los DESC no son de carácter fundamental, por cuanto obedecen más a un marco de contenido prestacional y no de exigibilidad y defensa inmediata.

Frente al particular, es importante señalar la primacía e inclusión tripartita de los DESC, en ser de contenido prestacional, asistencial y la naturaleza de ser fundamental, en el aspecto de acudir a un mecanismo de exigibilidad, como segundo criterio, el cual constituye la defensa de los derechos constitucionales en el marco del ejercicio de la acción de tutela y, más aún, cuando es destinatario del respeto de la dignidad humana, que lleva consigo a establecer un Estado Social de Derecho, el cual tiene como mandato la obligación de hacer actuaciones positivas en cabeza de los gobernados, garantizando así los derechos sociales, fundamentales y humanos que constituyen una lucha reivindicativa de garantías consagradas en el estatuto superior.

Como tercer supuesto, la caracterización de la salud difunde el derecho a la vida y por tanto, los servicios en urgencias hospitalarias trascienden la noción de derecho a la protección de la salud y superan la idea del servicio de salud para situarse en una exigencia a diferentes niveles del Estado. No obstante, esa amplitud reconoce un límite, tomando en cuenta que permite delimitar la exigibilidad al Estado, limitar el poder médico, contribuir a desmedicalizar las sociedades, y aumentar la libertad y responsabilidad de las personas. (De Currea-Lugo, 2005, p. 71)

1. Corte Constitucional. Sentencia T-571 de 1992 – M.P. Jaime Sanín Greinfestein.

2. Corte Constitucional. Sentencia T-597 de 1993 – M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Sin embargo, el acceso y la protección del derecho a la salud, en el contexto social colombiano y a nivel general, para Vélez (2008), ha tenido una serie de consecuencias estructurales a la hora de administrar y prestar los servicios médicos asistenciales; tal es el punto que se presentan situaciones como la carencia de cobertura, la falta de medicamentos, el cierre de hospitales públicos, la intervención y liquidación de la Institución de Seguros Sociales, la precariedad en las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, la decadencia en el control en prevención y atención a enfermedades, el gasto de personal en aseguramiento, el aumento del gasto público en salud, y el surgimiento y creación de las empresas prestadoras de salud – EPS, las cuales han causado una situación adversa y de inferioridad a los pacientes, producto del modelo neoliberal que se ha generado a partir de la Ley 100 de 1993 (pp. 159-169).

Partiendo de los supuestos anteriores, para Fajardo (2016), la Ley 100 de 1993, inicialmente, no otorgó un ámbito de protección extendida, de manera taxativa, a la PPL, pero por disposición de la Ley 1122 de 2007, al reglamentar algunas disposiciones de la Ley 100 de 1993, tal como se indica en el artículo 14 – literal m.

En concordancia con esta normatividad penitenciaria, para los DDHH en PPL, se llevó a cabo por parte de la UNODC – Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Asamblea General de las Naciones Unidas para el año 2011, en pro de poder ejercer el proceso de revisión de estas reglas, a través de organizaciones de la sociedad civil y órganos pertinentes de las Naciones Unidas, al punto que, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC- (2015), se dictaminaron dos aspectos:

Ningún cambio en las reglas debería reducir el alcance de los estándares existentes, sino que debería mejorarlo con el objetivo de promover la seguridad y las condiciones humanas para las personas privadas de la libertad, y el proceso de revisión debe mantener el ámbito de aplicación de las Reglas Mínimas. (p. 3)

En este proceso de revisión, en cuanto a materia de salud, y en el ejercicio de las buenas prácticas y de gestión penitenciaria para el siglo XXI, se identificaron como cambio:

La incorporación de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos – Reglas Nelson Mandela (Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito, 2015, p. 3),

La prestación de servicios médicos a la PPL es una responsabilidad del Estado, [...]

Garantizando los mismos estándares de atención sanitaria, disponibles en la comunidad y la promoción del acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación;

Evaluación, promoción, protección y mejoramiento de la salud física y mental de las PPL, incluidas las personas que requieren una atención especial;

Cumplimiento con los principios de independencia clínica, confidencialidad médica, consentimiento informado en la relación médico – paciente y con la continuidad en el tratamiento y cuidado (incluidos VIH, tuberculosis, enfermedades infecciosas y drogodependencia);

La prohibición absoluta de participación en actos de tortura y otras formas de maltrato, y la obligación de documentar y denunciar casos de los cuales pudiera tener conocimiento. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, p. 8).

Bajo el proceso de revisión, anteriormente relacionado, para Gañán Echavarría (2012, 2013), López Echeverry (2011), así como para la Comisión sobre determinantes sociales de la salud – Organización Mundial de la Salud (2008), se pudo visibilizar el panorama de acceso, además del

reconocimiento, lucha y establecimiento de determinantes sociales en salud, tomando varios aspectos en particular, como son:

El derecho a la salud tiene relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales desde dimensiones individuales como colectivas. (Gañán Echavarría 2013, p. 19)

La participación de los actores claves de las luchas por la salud han sido los sindicatos, estudiantes, campesinos e indígenas, pero cada vez tiene mayor relevancia y visibilidad otros como subempleados, madres comunitarias, desplazados, *población carcelaria* y desmovilizada. (López Echeverry, 2011, p. 78).

La aplicación de tres principios de acción como son:

Mejoramiento de las condiciones de vida, es decir, de las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece; Lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.

Medición de la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto. (Comisión sobre determinantes sociales de la salud - Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 3)

Se concluye frente a este punto que, el derecho a la salud y su incursión en el contexto carcelario colombiano, no solo implican la aplicabilidad de la normatividad constitucional y supra-constitucional relacionada a los DDHH, sino que también asumen un rol participativo individual como colectivo, involucrados en la realidad penitenciaria y carcelaria, y cuyo fin es reivindicar el goce efectivo de los derechos fundamentales de la PPL, en especial acerca de la calidad de vida, la búsqueda por erradicar la desigualdad e inequidad sanitaria y el seguimiento de asumir procesos de resocialización con la generación y creación de infraestructura económica sostenible, incidiendo el Estado, la sociedad civil, las asociaciones público-privadas, los organismos de DDHH y los trabajadores del sector salud, en general, como sanitaria, a fin de superar gradualmente la sobrepoblación carcelaria.

Marco jurídico

Con relación al marco jurídico, se permite señalar que el derecho a la salud en PPL, ha tenido varios instrumentos internacionales y nacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, en su artículo 25, el cual reza que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”; otra normativa de índole internacional es el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos – Sociales y Culturales, donde se estableció que se reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; así mismo y como complemento de esta normatividad, se tiene la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (2000), en el que describe que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Y donde, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. De esta manera, la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados

por la OMS, o la adopción de instrumentos jurídicos concretos” (p. 1), y las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos – Reglas Nelson Mandela (1955).

Por su parte, lo anterior también se puede retomar de las disposiciones que aparecen en el ordenamiento jurídico nacional, la Constitución Política de Colombia, en sus artículos 1, 2, 48, y 49; la ley 100 de 1993; los artículos 104 y 105 del Código Nacional Penitenciario y Carcelario, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1709 de 2014, el Decreto 2245 de 2015, la Resolución 5159 de 2015, y la Resolución 002390 del 10 de mayo de 2016.

El déficit en la prestación de servicios en salud penitenciaria.

Inicialmente, la prestación de servicios médicos, asistenciales y complementarios, en el escenario carcelario, ha tenido grandes disyuntivas en cuanto a gestión, acceso, protección y reconocimiento de este derecho humano fundamental, en el que la PPL, ha visto afectada constantemente sus condiciones de existencia en el tiempo, más aún bajo el amparo de la Constitución Política. Es por ello que se sigue el siguiente esquema de análisis documental y descriptivo sobre la salud penitenciaria en Colombia, en los siguientes términos, como se muestra a continuación:

En primer lugar, para hablar de déficit en la prestación de los servicios de salud penitenciaria se debe entender el fenómeno de Estado de Cosas Inconstitucional, que para Suárez (2015) se considera como:

Es una figura creada por la Corte Constitucional mediante la cual se ordena a las autoridades competentes encargadas de la protección de ciertos derechos fundamentales de un grupo de personas que, en un plazo razonable y perentorio, adopten las medidas necesarias para proteger esos derechos que están siendo vulnerados continuamente por la realización de ciertos hechos contrarios a la Constitución. (p. 42)

En el escenario penitenciario y carcelario, mediante Sentencia T-153 de 1998, el Estado de Cosas Inconstitucional hace alusión a deficiencias que se presentan:

En materia de servicios públicos y asistenciales, el imperio de la violencia, la extorsión, la corrupción, la carencia de oportunidades, y los medios para la resocialización de las personas privadas de la libertad. Esta situación se ajusta plenamente a la definición del Estado de Cosas Inconstitucional. Y de allí se deduce una flagrante violación de un abanico de derechos fundamentales de los internos en los centros penitenciarios colombianos, tales como la dignidad, la vida e integridad personal, los derechos a la familia, a la salud, al trabajo y a la presunción de inocencia, etc. (Considerando 53)

Dicha violación masiva y sistemática de derechos fundamentales de la PPL, es lo que el Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Justicia y de Salud, y del INPEC, han aunado esfuerzos técnicos y presupuestales en mejorar la situación penitenciaria, más no se ha logrado efectivizar los resultados en la prestación de los servicios, y de brindar garantías mínimas ha dicho sector poblacional, visto así, la Corte Constitucional definió el Estado de Cosas Inconstitucional mediante Sentencia T-025 de 2004, con ponencia del magistrado Manuel José Cepeda Espinosa:

Los elementos para que se constituya el Estado de Cosas Inconstitucional son: la vulneración masiva y generalizada de varios derechos constitucionales que afecta a un número significativo de personas; la prolongada omisión de las autoridades en el cumplimiento de sus obligaciones para garantizar los derechos; la adopción de prácticas institucionales, como la incorporación de la acción de tutela como parte del procedimiento para garantizar el derecho conculcado; la no expedición de medidas legislativas, administrativas, o presupuestales necesarias para evitar la vulneración de los derechos. La existencia de un problema social cuya solución compromete la

intervención de varias entidades, requiere la adopción de un conjunto complejo y coordinado de acciones y exige un nivel de recursos que demanda un esfuerzo presupuestal adicional importante. (Sáenz, 2015, pp. 154-155)

De esa forma, se comprende que la figura del Estado de Cosas Inconstitucional, en materia carcelaria, ha sido un fundamento clave y principal a la hora de salvaguardar la vida y la prestación del servicio a la salud a la PPL, y de reconocer la preocupación, de la Corte Constitucional, por observar el déficit organizacional con respecto a la infraestructura, y prestación efectiva de los servicios médico-asistenciales dentro del sistema de seguridad social en salud a la PPL.

Otro factor de déficit

El déficit en la prestación de los servicios médico-asistenciales en la población carcelaria es que, a pesar del hecho de que la administración y organización penitenciaria ha manifestado que el derecho a la salud se encuentra plenamente garantizado a la PPL, a través de la prestación en asistencia médica, campañas de promoción y prevención en salud e higiene, para Posada (2009):

Sucede que el derecho a la salud, al ser el único derecho fundamental que por separado ha generado el Estado de Cosas Inconstitucional en los centros de reclusión colombianos, es apenas normal que sea también uno de los derechos frente a los que encontremos mayor cantidad de descripciones violatorias del mismo, y en su relación con la violación a la dignidad humana. (p. 423)

Sobre el particular, para Orrego (2001), la atención en salud en PPL acoge como características negativas:

La ineficiencia y la mala calidad; la escasez de medicamentos; suministro de drogas vencidas; falta de personal médico; el trato que brindan médicos y enfermeras es irrespetuoso, humillante y ofensivo; demora, pésima o casi nula en la atención médica y odontológica; proliferación de enfermedades debido al hacinamiento carcelario; y el sometimiento de la PPL en condiciones de salubridad deplorables. (pp. 20-21)

Por otra parte, la Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria (2005) estableció como factor de déficit en el acceso y protección del derecho a la salud, la escasez de personal de planta del INPEC para la atención en salud, lo cual perjudica la continuidad en la prestación, y la necesidad de establecer un sistema de seguridad social que cobije a los reclusos, reiterados en los fallos de tutela de la Corte Constitucional, en Sentencias T-153 de 1998 y T-606 de 1998.

Lo anterior se evidencia, por parte de la Defensoría de Pueblo, con respecto a la no existencia de acciones formales y continuas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

La ausencia de médicos, odontólogos, y especialistas, la carencia de enfermeros, la falta de laboratorios, las malas condiciones físicas de las áreas de sanidad, las demoras en las remisiones, la mala dotación de las farmacias, la falta de acciones preventivas y de rehabilitación en el campo de la salud y el pésimo estado de las redes de alcantarillado, son los hechos críticos que siguen caracterizando la problemática del servicio de salud en los establecimientos de reclusión del país, lo cual atenta contra la vida y la integridad de la PPL. (Defensoría del Pueblo, 2004, pp. 126-127)

Empero, como afirmó Posada (2009):

El único aspecto en el que probablemente se han visto cambios positivos es lo relacionado con las campañas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades porque los entes

territoriales y algunas ONG han asumido la tarea de efectuar estos programas en las Instituciones Carcelarias. (p. 424).

Frente a la visión del déficit en salud penitenciaria en el contexto colombiano

Se presenta en materia carcelaria, la PPL ha sido afectada considerablemente en sus condiciones de existencia en lo relacionado con prestación y servicio médico correspondiente, lo cual ha permitido trazar de que el alcance, garantía y amparo del derecho humano a la salud, además depende exclusivamente de la continuidad del personal administrativo y médico que contrate el INPEC y que, frente a la vulneración de está, sin contar con la infraestructura física y de personal médico dentro de los penales, es obligatoria y necesariamente procedente su traslado a un centro médico-asistencial, a efectos de garantizar la vida y su integridad, en especial cuando ha perdurado en 1998, a 2015, y en su actualidad, el Estado de Cosas Inconstitucional.

Por ende, la necesidad de implementar un sistema de seguridad social en salud a la PPL, requiere ser atendida ante las violaciones de DDHH, que se ocasionan permanentemente en los establecimientos penitenciarios del país.

En vista de la situación de los DDHH de las PPL, el Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Justicia y del Derecho, Salud y Protección Social, la Dirección General del INPEC, así como también los diferentes establecimientos penitenciarios del país, en coordinación con las autoridades territoriales departamentales y municipales, crean el modelo de atención en salud que implica principalmente en aunar esfuerzos del derecho a acceder a la prestación médica, el cual debe ser un asunto de carácter universal, continuado e irrenunciable, en el que se garantice su cobertura, sin importar el tipo de régimen en salud en que se encuentre la PPL, todo ello en cumplimiento a la Constitución Política (art.49), los tratados internacionales en DDHH reconocidos por Colombia (art.93) y los pronunciamientos jurisprudenciales por parte de la Corte Constitucional; actor vinculante que juega un papel preponderante en la relación de las políticas públicas, especialmente en ejercicio de funciones como el activismo judicial, el grado de incidencia en la definición del problema y en el diseño de la política pública, modificación de lineamientos generales y teóricos, el factor operativo y específico de la política, ser interviniente fundamental relacionada a la orientación, evaluación y seguimiento y control de la política para, en últimas, otorgar el goce efectivo de los derechos fundamentales, sociales y económicos, como es el caso del derecho a la salud, como un DESC, pasando por ser un derecho en conexidad con el derecho a la vida y la integridad personal, a ser catalogada actualmente por esta misma Corporación Judicial a ser un derecho fundamental autónomo (Sentencia T- 760 de 2008).

Es claro también señalar, en cuanto a organizaciones sociales, ONG, asociaciones de orden privado, público y mixto y organismos de control, que estos deben ser partícipes en conformar el Sistema Nacional de DDHH y DIH, definido en el Decreto 4100 de 2011, de extender el alcance de participación, en las problemáticas sociales existentes hacia grupos vulnerables, en especial a las PPL, los cuales están sometidos a un régimen especial en materia de política penitenciaria, consolidada en el marco institucional del Ministerio de Justicia y del Derecho, y de la Dirección General del INPEC, y es ahí que para lograr la materialización de derechos fundamentales como la salud, deben edificarse herramientas que, de una u otra forma, beneficien el instrumento material y de intervencionismo como son:

La Generación de incentivos para la PPL, que se encuentran en condiciones deplorables, de manera que se amplíe el espectro de administración y buenas prácticas penitenciarias que adecúen, en cierto modo, la apertura de espacios de infraestructura física y capacidad en la atención médica permanente, mediante la aplicación de principios de prevención, precaución, gestión del riesgo sanitario y salubridad pública.

Estrategias de sensibilización y concientización social, involucrado principalmente de que el derecho a la salud, amplía no solamente en valoración, chequeo, revisión del personal médico hacia el sector poblacional privado de la libertad, sino que además se inserta circunstancias complementarias a la protección y reconocimiento de esta, como es la alimentación, acceso al agua potable, salubridad pública, visita conyugal, integración familiar, habitabilidad, recreación y deporte para así, llevar a cabo, la regulación paulatina del hacinamiento carcelario, que tiene un vinculante de doble connotación:

Es un efecto: por cuanto su existencia se deriva de las variables de: incremento de conductas delictivas con privación de la libertad, aumento del quantum de la pena, y abuso de la privación de la libertad como medida de aseguramiento.

Una causa: toda vez que el hacinamiento carcelario constituye una de las principales fuentes de las violaciones a la dignidad y a los DDHH en las cárceles colombianas, que origina condiciones inhumanas, corrupción y violencia para la consecución de un espacio mínimo en donde pernoctar. (Defensoría del Pueblo, 2017)

Siguiendo con el sustento argumentativo señalado, es preciso hacer alusión a lo siguiente.

Un proceso de resocialización bajo el plan de acción y sistema de oportunidades, en donde se ubique la PPL, en procesos de construcción y unificación de criterios asistenciales, psicológicos, sociológicos, y jurídicos, a fin de definir, asumir, y tratar el equilibrio de las relaciones especiales de sujeción entre PPL y los funcionarios investidos de autoridad carcelaria.

Así como también, al momento de garantizar los derechos a la vida, dignidad humana y salud, se logre como principal función del Sistema Nacional de DDHH y del DIH, la consolidación y mejora continua de la política criminal del Estado, como proceso de transición entre sociedad civilizada y cultural, y sociedad y vida en la cárcel, a fin de alcanzar no solamente el cumplimiento de una pena, sino que además se busque un verdadero cambio de pensamiento y resocialización hacia la vida, en el que la salud, como forma de prestación económico social, también sea vista como un factor de cambio para el acceso, cobertura y fundamentalidad como derecho humano, significando, de esta manera, que exista una acción – participación de gobernabilidad en el manejo, uso y administración de medidas carcelarias óptimas, que involucren actores permanentes como organizaciones sociales y activistas de DDHH, organismos de control y judiciales a nivel nacional e interamericano, además de las Naciones Unidas, la sociedad civil, las entidades prestadoras de salud, médicos, odontólogos y, en general, para dicha comunidad que agrupa la realidad carcelaria del país, para ejercer toma de decisiones generales que agrupen coordinadamente en materializar principios “*pro homine*, igualdad, progresividad, subsidiariedad, complementariedad y corresponsabilidad” (Decreto 4100 de 2011, art. 4).

Modelo de atención en salud para la población privada de la libertad

Este modelo se creó bajo el articulado, contemplado en el Decreto 2245 de 2015 y la Resolución 00005159 del 30 de noviembre de 2015, tuvo como fin, mejorar la situación de vulnerabilidad de la PPL; sin embargo, no solo se requiere de su creación para llevar a punto una reconstrucción de la vida civil dentro de los establecimientos penitenciarios, sino también que busca incluir social, económica y presupuestalmente, la coordinación en las fases de prestación de servicios de salud para la PPL, como son: diagnóstico, promoción de la salud, gestión del riesgo, tratamiento y rehabilitación, así como las intervenciones colectivas, individuales, organismos de control, el aparato jurisdiccional del poder público, y organizaciones de DDHH que evalúen, asesoren y tomen decisiones fundamentales sobre dicha problemática social.

Lo anterior, bajo el objetivo de lograr mejoramiento continuo en salud para PPL y campañas de mitigación e higiene en salud pública, implementándose en cada establecimiento penitenciario del país, de manera que dicha política de Estado, agrupa en una mejor forma, la aplicación de este modelo institucional, el cual se enfoca principalmente hacia la prevención, calidad, cobertura e identificación de perfiles de riesgo de la población, para luego lograr mancomunadamente la responsabilidad en las acciones por parte del INPEC, USPEC, entidades territoriales, entidades prestadoras de servicios de salud, en las valoraciones y seguimientos que se deben alcanzar para dimensionar en el ámbito espacial y temporal.

No obstante, es prudente advertir que la protección y reconocimiento del derecho humano a la salud, para la población carcelaria en el contexto colombiano, el cual ha generado la ejecución del presupuesto nacional, con base en las disposiciones señaladas en la Ley 1709 de 2014 y el Decreto 2245 de 2015, normas que establecen el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, creado a través de la suscripción del consorcio fondo de atención en salud PPL 2015, integrada por las sociedades Fiduprevisora S.A. y Fiduagraria S.A, un Contrato de Fiducia Mercantil No. 363 de 2015, cuyo objeto es la “administración y pago de los recursos dispuestos por el fideicomitente en el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad”, que tiene como fin, la destinación, celebración, pago de contratos derivados para la atención integral, prevención y salud de la enfermedad de la PPL a cargo del INPEC.

Por último, la declaratoria de emergencia carcelaria, se expidió en el año 2016, con el propósito principal de sobrevenir graves situaciones de salud y de orden sanitario que se presentaban en los establecimientos de reclusión del orden nacional del INPEC, en especial la afectación y propagación de enfermedades y patologías que se presentan hacia la PPL, medida administrativa que se prorrogó mediante Resolución 6401 de 21 de diciembre de 2016, hasta el día 30 de junio de 2017, enfatizando y priorizando la continuidad bajo cinco líneas de acción como son:

Reubicación de personal en las áreas de sanidad en los ERON³. Fortalecimiento de acciones de promoción y prevención en salud pública. Traslado de internos con patologías psiquiátricas diagnosticadas, Mantenimiento, rehabilitación y dotación de áreas de sanidad; y Sistema de información de salud. (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, 2017, párr. 3)

Por tales razones, implementar el modelo de atención en salud para la PPL, brinda el apoyo, solidaridad y comunidad entre entidades del orden departamental y municipal, para garantizar el fortalecimiento de la prestación del servicio, y la sanidad en los centros penitenciarios del país, en el que ha arrojado, como resultado, la intervención de 611 brigadas de salud con 9.191 personas privadas de la libertad y 22.998 participantes en 951 jornadas cívicas, y valoración de 13.699 internos en medicina general y 8.092 en odontología (De la Realidad, 2017).

Esta última, creada a través de la Resolución 3595 de 2016, por la cual se articula el modelo de atención en salud con enfoque comunitario en entornos vulnerables, que consiste en definir la salud como un bien social, ejercida través de sus prestadores, tanto de manera individual como colectiva, fundamentado principalmente en corresponsabilidad y participación de diferentes actores gubernamentales, sociales y de control.

Esto significa, que el ejercicio de administrar y prestar los servicios médico- asistenciales, dentro de los ERON, conlleva al fortalecimiento del área de sanidad, en el que el INPEC, debe propugnar en el desarrollo de un entorno saludable e inclusivo de los DDHH de la PPL y del personal del INPEC, para así adecuar como primera medida, las unidades de atención primaria y atención inicial de urgencias en salud.

3. Establecimientos de reclusión del Orden Nacional.

Resulta importante señalar que los determinantes sociales de la salud, para Solar & Irwin (2006), como se citó en Álvarez (2009), son “aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud” (p. 72).

Este planteamiento admite que los determinantes sociales de la salud evidencian una clara connotación y apego al componente económico, para llevar a cabo un reparto de distribución de bienes, servicios y necesidades básicas que requiere la PPL, que hasta incluso resultan insostenibles e inequitativos para brindar un mejor servicio hacía esa prestación; a pesar de ser la salud un derecho humano y fundamental.

De acuerdo con lo señalado, la promulgación del modelo de atención en salud para la PPL, en el nivel carcelario en Colombia, ha tenido un avance gradual y de escalonamiento, en los que respecta a cómo proceder y actuar ante la prestación del servicio médico. Sin embargo, si bien el Estado ha trazado esfuerzos administrativos y presupuestales de brindar cobertura, accesibilidad y universalidad a la PPL, a través de este modelo de atención en salud, ha tenido también dificultad e incumplimiento en ejecutar los servicios médico- asistenciales que suministra la entidad USPEC; y que además requieren de un saber y un estudio clínico sobre la PPL, en procura de mejorar condiciones materiales de existencia, respeto a la dignidad humana y goce efectivo del derecho humano a la salud.

El rol del Estado colombiano

El Estado a través de sus instituciones de seguridad penitenciaria, han generado un sinnúmero de críticas en cuanto al ejercicio de administración y cuidado de la PPL, entre las causas se hallan: corrupción, extorsión, maltrato, tortura, e ineficacia de los administradores en las penitenciarías, que incluso bajo este ámbito se puede sostener en palabras de Álvarez (2009), la existencia de la teoría de la producción social de la enfermedad:

[Que] sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad. Afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva no niega que los factores psicosociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis estructural de las condiciones materiales. (p. 74)

Ahora bien, la situación de las PPL y su relación con los determinantes sociales ha significado una dinámica cambiante, con relación a sus problemáticas de tipo personal, social y económico fuera del centro penitenciario que quedan desdibujadas e insertadas en áreas de conflicto para sobrevivir, en especial aún en su estado de salud. Sobre este punto en particular, se rescata lo manifestado por Acosta (2007), quien aseguró que “la población carcelaria se ve afectada por la mala o regular situación de saneamiento básico ambiental, en el que se deriva problemas gastrointestinales, virales, y mentales” (p. 29).

Por lo anterior, la PPL se convierte principalmente en una persona con limitaciones socioeconómicas que se encuentra desesperada y agobiada por el hacinamiento, desocupación, abandono, falta de metas y recursos; al punto que la valoración humana, a pesar de asumir un rol activo del ser, queda supeditada a un estado de suspensión, estigmatización y etiquetamiento, que producen factores de riesgo dentro de esta población.

Sin embargo, sobre este punto, para Sáenz (2015) debe ocurrir una “concientización de la sociedad en relación a la necesidad de reintegrar socialmente al sujeto que perdió la libertad, y se busca posibilitar un desarrollo integral, en el que emplee medios técnicos, adecuados y personal

calificado, comprometido a buscar el reintegro de la familia, la sociedad y el Estado, como agentes activos de cambio social, autónomo y autogestionario” (p. 137).

No es una casualidad, el hecho que los determinantes sociales generan construcción y base de las políticas públicas, toda vez que se crea la estructura regida por sistemas, ordenes, normas e instituciones que exterioricen la acción participativa y representativa, ya que de estas se desprenden actos y conductas por parte de los individuos y grupos poblacionales, especialmente en materia de DDHH sociales.

Sobre el particular, para el autor González (2018), sostiene que el gobierno colombiano, entendiendo la situación de hacinamiento carcelario en Colombia, ha desarrollado diversas políticas públicas orientadas a superar esta situación y cesar así la vulneración de derechos fundamentales de las PPL.

Una de esas medidas es la expedición de la Ley 1760 de 2015 “Por medio de la cual se modifica parcialmente la ley 906 de 2004 en relación con las medidas de aseguramiento privativas de la libertad”, modificada por la Ley 1786 de 2016, que busca racionalizar el tiempo que pueden permanecer en detención preventiva personas que se encuentren surtiendo un proceso ante la justicia penal.

Así mismo, en el documento CONPES 3828 sobre Política Penitenciaria y Carcelaria en Colombia, se han trazado unos objetivos para la superación de la crisis de hacinamiento carcelario como lo son:

Generar las condiciones de infraestructura física, sanitaria, tecnológica y humana que permitan el cumplimiento de los fines del sistema penitenciario y carcelario en condiciones de dignidad humana para las PPL;

Armonizar la política penitenciaria y carcelaria como parte integral de la política criminal con miras al cumplimiento del fin resocializador de la pena;

Promover la articulación de las entidades territoriales y del sector privado con el Gobierno nacional para solventar las necesidades del sistema penitenciario y carcelario. (González, 2018, pp. 16-17)

A su vez, hay que señalar que la OMS, en el año 2005, creó la comisión sobre determinantes sociales de la salud, cuyo fin principal es el alcance de la equidad sanitaria en el mundo, a efectos de reducir las inequidades en el sector salud.

Para el logro de este tipo de alcance, Carmona y Parra (2015) consideraron que “las desigualdades en la distribución de bienes sociales, tales como ingreso, riqueza, estabilidad laboral, alimentación, conductas saludables, acceso a servicios de salud, educación, entre otros, genera disparidades en el estado de salud de los grupos sociales” (p. 610-611); conllevando principalmente a que en el contexto carcelario colombiano, exista inequidad frente a la población privada de la libertad, por la condición socio-económica de la PPL.

En ese último punto, el Estado, dentro del escenario penitenciario, ha sido insuficiente para la búsqueda del goce efectivo de los DDHH, especialmente en el escenario del Estado de Cosas Inconstitucional, en donde la cobertura y la accesibilidad de los servicios médicos y asistenciales han sido relativamente mínimos para la salvaguardia y protección de la PPL; por ende, la compleja situación social y de salud de las cárceles colombianas se identifica en las observaciones planteadas en la audiencia pública celebrada el día 25 de octubre de 2018, por la Sala plena de la Corte Constitucional – seguimiento al Estado de Cosas Inconstitucional en materia penitenciaria y

carcelaria – Sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015 (Corte Constitucional de Colombia, 2018), que manifiestan, en varios aspectos, la situación de los DDHH y fundamentales de la PPL, así:

En primer lugar, la visión de la consejería presidencial de seguridad y DDHH (2018) sienta la base de la realidad carcelaria en cinco falencias:

Insuficiencia en la materialización del goce efectivo de los derechos;

Adopción de la política criminal de carácter preventivo, en el que se reconozca el derecho penal como última ratio;

Fortalecimiento institucional del sector justicia;

La regla del equilibrio decreciente⁴ que no ha dado resultado, agravando afectación de los DDHH y precariedad de la infraestructura de los establecimientos carcelarios;

Las condiciones de seguridad en los establecimientos penitenciarios carecen de control pleno;

El aumento de organizaciones criminales que conllevan al abuso de los DDHH y de tratos crueles, inhumanos y degradantes en contra de la PPL.

En segundo lugar, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - USPEC (2018) manifestó que:

La implementación del modelo de prestación en salud, requiere de ajustes contractuales, administrativos y de infraestructura, a efectos de prestar un servicio a la demanda, por lo cual, se denota la ausencia de lineamientos y de un diagnóstico semiológico;

El servicio de salud que se presta a la población intramural como domiciliaria, ha logrado atender a 109.000 PPL, la contratación de 989 profesionales que atienden varias especialidades, y 236 autorizaciones vigentes que se presentan por servicios de salud general, especializada, laboratorio, ayudas diagnósticas, medicamentos, y recolección de residuos hospitalarios;

La mejora de infraestructura depende de la regulación de la implementación del modelo de atención en salud, a fin de tener un diagnóstico epidemiológico, y trazar el modelo de control y seguimiento de la prestación del servicio en favor de la PPL;

La problemática de gobernabilidad contractual en el suministro de la alimentación, a pesar de que, a corte de octubre de 2018, a la PPL se suministró 35 millones de raciones por un costo de 371.000 millones de pesos.

En tercer lugar, la Federación Colombiana de Municipios (2018) indicó que las principales dificultades que se presentan en la prestación del servicio de salud al interior de los establecimientos carcelarios, son:

La coordinación del sistema;

Identificación de la población pobre y vulnerable que tiene derecho al acceso al régimen subsidiado;

4. Corte Constitucional. Sentencia T-388 de 2013 – M.P. María Victoria Calle Parra.

Adopción de políticas nacionales de salud pública en su territorio, en donde el 80% de los recursos de la bolsa de salud del sistema general de participaciones se aplican, por mecanismo de giro directo, sin comprobar si la PPL está afiliada al régimen contributivo o subsidiado;

Pérdida y disminución en la participación de la capacidad de los municipios en garantizar el acceso efectivo a servicios de atención sanitaria en sus territorios, especialmente cuando el radio de acción de las instituciones prestadoras de salud en los municipios rurales es mínimo para la exigibilidad, inspección y vigilancia sobre la calidad en la prestación del servicio.

En cuarto lugar, el grupo de prisiones de la Universidad de los Andes (2018), frente a la crisis carcelaria en materia de salud, enfatizó los siguientes aportes y medidas de adopción, así:

Establecer por razones humanitarias y de salud, medidas de excarcelación a circunstancias dirigidas prioritariamente aquellas personas y poblaciones que sufren de manera diferenciada y excesiva los rigores derivados del hacinamiento;

Sugerir y estudiar a la PPL con discapacidades físicas, sensoriales y de adultos mayores, que padecen de enfermedades o condiciones que requieren tratamientos especiales, e inmediatamente sean dirigidos a arreglos institucionales;

Retomar el seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 – orden 29, a fin de generarse un diagnóstico sobre el derecho a la salud de las PPL;

Establecer un plan de redireccionamiento de la población con discapacidades físicas, cognitivas, enfermos terminales y adultos mayores;

Intervenir estructuralmente en la adopción de enfoque diferencial;

Establecer el alcance en el cumplimiento de las reglas Bangkok para el caso de las mujeres PPL.

En oposición a esto, se debe señalar que el acceso a la prestación de los servicios de salud a la PPL es una problemática compleja, por cuanto la infraestructura carcelaria en el escenario colombiano no ha sido satisfactoria en garantía de los DDHH, y que, tanto el INPEC como la USPEC han sido indiferentes al momento de tomar decisiones y medidas de choque para empezar a solucionar gradualmente el Estado de Cosas Inconstitucional, que incluso a nivel municipal, la infraestructura de los centros penitenciarios han sido antiguos, por cuanto la forma de creación de la misma, requieren de un cambio estructural moderno.

Por lo tanto, el panorama de las cárceles en el ejercicio y goce de los DDHH no se ha logrado un equilibrio de orden y legalidad; toda vez que el problema social y económico que repercute en la población carcelaria, que no solo va más allá del componente de infraestructura, sino que además se debe al aumento de cupos, los cuales se ven rezagados por el número de personas que ingresan a los establecimientos penitenciarios, que incluso se ve sometida y juzgada por la misma sociedad, a configurar populismo punitivo, es decir, todo acto criminal debe ser penado con cárcel.

RESULTADOS: ESCENARIO LOCAL – ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE TUNJA.

El EMPSC de Tunja, como en los demás ERON, presenta hacinamiento de PPL que inclusive, en un informe de seguimiento llevado a cabo por la Defensoría del Pueblo - Regional Boyacá, (2005), halló como población dentro del centro penitenciario, 111 personas PPL, de los cuales 100 son sindicados y 11 condenados; evidenciando principalmente que, en materia de goce efectivo de los DDHH, como el acceso al servicio de salud y alimentación, se presta de forma irregular e insalubre, por ende, en

esa oportunidad se dieron por sentadas las siguientes observaciones en conjunto con el integrante del comité de DDHH⁵:

El EPMSC de Tunja es tranquila, en donde hay acceso a dialogar con el director, respecto de los problemas y dificultades que se pueden presentar en los patios; en cuanto a salud y alimentación, afirma que se presentan dificultades mediatas para el traslado de enfermos a los centros asistenciales, así mismo, en la atención del servicio médico programado, por cuanto los contratos con las IPS no se renuevan con la debida oportunidad, manifiesta igualmente que a los internos no se le suministra útiles de aseo personal; ni siquiera al momento de ingreso. (Defensoría del Pueblo - Regional Boyacá, 2005, p. 10)

Además, el informe de la Defensoría del Pueblo - Regional Boyacá (2005), para esa época observó lo siguiente:

Se encontraron alimentos, en mal estado y con fecha de consumo vencida; Presencia de moscas en cocina, depósito de alimentos, patios y alojamientos;

Se presentan dificultades en la remisión de los internos para la valoración médica por parte de las IPS, y en la autorización por parte del INPEC, a través del convenio del Complejo Penitenciario y Carcelario de Combita;

Se observó en el consultorio médico, recipiente de materiales inservibles y contaminados cerca de medicamentos y material paramédico (gasas, agua, vendas, agujas, alcohol antiséptico, iodine);

Ausencia de equipos de servicios de urgencias (bala de oxígeno - equipo de reanimación);

El valor nutricional de los alimentos observados y suministrados es deficiente;

Los internos consumen los alimentos en las celdas. (Defensoría del Pueblo - Regional Boyacá, 2005, pp. 10-11)

Evidentemente, el EPMSC de Tunja, en un primer escenario de intervención por parte de los entes de control humanitario, deja ver que los alcances prestacionales de protección de los DDHH, como la salud, han sido parte también de las problemáticas estructurales que se tienen en materia de política criminal, que incluso la situación de hacinamiento, violación masiva de los DDHH, reclusión conjunta de personas sindicadas y condenadas, falta de articulación de las entidades territoriales y el Ministerio de Justicia son causas que deben ser replanteadas, implicando celebración de convenios interinstitucionales para aunar esfuerzos administrativos, económicos, presupuestales, y de viabilidad, con participación de entidades del sector privado, universidades y organismos de control humanitario en DDHH, a fin de observar y establecer un orden público satisfactorio y reducir el índice de PPL en el municipio de Tunja, amparando una mejor condición de bienestar y de vida de la PPL. (Sentencia T-762 de 2015)

Este tipo de observación refleja principalmente un estado tenue y débil en la prestación de servicios médico-asistenciales, tanto en el escenario penitenciario nacional como tunjano, que incluso a pesar de ser pacífica la convivencia entre las PPL y el Estado, los derechos a la vida, salud y acceso a la alimentación son objeto de desprotección y falta de ejecución de un mejor servicio al interior del penal.

5. Hernando Ortega, Sindicado por Rebelión, 18 meses - Integrante del Comité de Derechos Humanos - EPMSC TUNJA.

Por otra parte, mediante Informe de Rendición de Cuentas, los directores regional central y distrital de Tunja, Ostos y Pardo (2012), manifestaron lo siguiente.

El EPMSC de Tunja, a través del ejercicio de la atención social, especialmente en lo relacionado con prestación del servicio a la salud, se cuenta con un (1) médico de medio tiempo nombrado por el INPEC, que cumple funciones administrativas, y personal médico nombrado por CAPRECOM, encargado de la atención básica del personal de las PPL.

Como también, se busca: citas con especialistas, coordinación de prestación de servicios de salud a internos de sistema contributivo, reclamación de reportes de red externa, realización de exámenes de ingreso y egreso, valoraciones y conceptos para traslado, y trabajo mancomunado con el personal de salud de CAPRECOM para brindar atención integral a los internos del establecimiento. (pp. 20-21)

De acuerdo con ello, es preciso rescatar que la PPL, a cargo del EPMSC de Tunja, no es ajena a prestar y acceder al derecho fundamental a la salud, sino que también al ser un servicio público esencial debe velar, en condiciones dignas, a garantizar este derecho humano, especialmente cuando se sitúa en una verdadera relación especial de sujeción que, en últimas, logre el tratamiento penitenciario y rehabilitación, para integrar el sujeto privado de la libertad a la comunidad, como ser creativo, productivo y autogestionario al recobrar su libertad.

En segundo lugar, frente al hacinamiento carcelario, se identifica localmente que en el EPMSC de Tunja se presentó, para el año 2016, con una sobrepoblación aproximada de 232, excediendo la capacidad del centro reclusorio aproximadamente el 85%, dirigida exclusivamente a la población sindicada, así como posteriormente se aumentó a junio de 2016 la cifra a 94.1%, situación que generó condiciones de insalubridad, al punto que el costo por persona es de \$ 1.500.000 pesos, y el equivalente de 80 sindicados dentro del Establecimiento, correspondiente a 180 millones de pesos mensuales (Diario Extra, 2016), afectando el goce efectivo de los DDHH.

A fin de evitar la problemática de hacinamiento penitenciario, el EPMSC de Tunja adoptó como medidas de choque las siguientes:

Solicitud ante el Juez coordinador de los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de seguridad y Juzgados de Control de Garantías, de no remitir ni enviar internos a este Establecimiento, teniéndose en cuenta el nivel de hacinamiento.

Apoyo de los alcaldes del departamento de Boyacá en la revisión de los contratos interadministrativos.

En lo que concierne a salud, mediante respuesta No. 149-EPMSC-TUN-SAN 0812 de 02 de mayo de 2016, se halló que el EPMSC de Tunja cuenta con el personal del área de sanidad con disponibilidad:

Un médico general, Odontóloga, Auxiliar de enfermería, Enfermera profesional.

Todo este tipo de acciones médico-asistenciales repercuten principalmente en el cumplimiento del Decreto 2245 de 2015, en el que la USPEC celebró el contrato de Fiducia Mercantil 363 de 2015, con el consorcio Fondo de Atención PPL 2015, integrado por la Fiduprevisora y Fiduagraria S.A., para administrar los recursos del Fondo de atención en salud para PPL, que incluso para el escenario carcelario de Tunja, se contrató la prestación de servicios profesionales con personas naturales, a fin de atender la prestación médico - asistencial de baja complejidad dentro del penal, como también la atención extramural de mediana y alta complejidad, a través del envío de cartas de invitación a diferentes hospitales y centros de salud, priorizando centros de referencia de la PPL.

Sin embargo, mediante informe de la Procuraduría General de la Nación - Presidencia de la República y Defensoría del Pueblo (2016), por medio del cual se adopta el primer informe semestral de seguimiento a la Sentencia T-762 de 2015, se identificaron como problemática estructural al sistema de salud penitenciario los siguientes hallazgos frente al particular:

Frente a la atención en salud intramural, a partir del 09 de mayo de 2016, no se contaba con médico intramural, arrojando carencia de personal en salud, en el EPMSC de Tunja. (Procuraduría General de la Nación - Presidencia de la República y Defensoría del Pueblo, 2016, p. 30)

Dentro del contenido de este informe se aprecia, que en cuanto al cumplimiento para la prestación de los servicios de salud a la PPL, según la información proveniente de 136 establecimientos de reclusión, 74 no contaban con *stock* de medicamentos para suplir necesidades de los internos, incluido el EPMSC de Tunja. (Procuraduría General de la Nación, Presidencia de la República y Defensoría del Pueblo, 2016, p. 32)

En relación con los insumos médicos y odontológicos requeridos, 114 de los 136 reportaron no tener disponibilidad de insumos suficientes para brindar la atención en salud a la PPL, incluido el establecimiento penitenciario, objeto de estudio. (Procuraduría General de la Nación, Presidencia de la República y Defensoría del Pueblo, 2016, pp. 32-33)

En lo que respecta a la recolección de residuos hospitalarios, como criterio importante en la prestación de servicios de salud referente a las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión, se llevó a cabo seguimiento de este criterio, y se evidenció que, de acuerdo con la información suministrada por los 136 establecimientos, 122 no contaban con servicio de recolección de residuos hospitalarios. (Procuraduría General de la Nación, Presidencia de la República y Defensoría del Pueblo, 2016, pp. 33-34)

En tercer lugar, el EPMSC de Tunja, para el año 2017, diagnosticó la situación de DDHH por parte del INPEC frente al hacinamiento penitenciario, en el cual el grupo Diagnósticos DDHH, Unidos por los Derechos Humanos, Grupo de Derechos Humanos, Dirección General INPEC (2017) obtuvo lo siguiente como resultado frente al establecimiento:

FECHA	Total población	Hacinamiento	Sexo		Sindicados		Total sindicados	Condenados		Total condenados
			H	M	H	M		H	M	
ENERO DE 2016	222	85,0%	222	0	59	0	59	163	0	163
FEBRERO DE 2016	230	91,7%	230	0	60	0	60	170	0	170
MARZO DE 2016	234	95,0%	234	0	54	0	54	180	0	180
ABRIL DE 2016	234	95,0%	234	0	57	0	57	177	0	177
MAYO DE 2016	236	96,7%	236	0	55	0	55	181	0	181
JUNIO DE 2016	206	71,7%	206	0	51	0	51	155	0	155
JULIO DE 2016	213	77,5%	213	0	51	0	51	162	0	162
AGOSTO DE 2016	218	81,7%	218	0	50	0	50	168	0	168
SEPTIEMBRE DE 2016	222	85,0%	222	0	55	0	55	167	0	167
OCTUBRE DE 2016	222	85,0%	222	0	48	0	48	174	0	174
NOVIEMBRE DE 2016	226	88,3%	226	0	48	0	48	178	0	178
DICIEMBRE DE 2016	218	81,7%	218	0	47	0	47	171	0	171
PROMEDIO	223	86,2%	223	0	53	0	53	171	0	171

Figura 1. Diagnóstico de la situación de Derechos Humanos Fuente: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, 2017, p. 28

A partir de lo anterior, se concluyó que dentro del EPMSC de Tunja se han albergado alrededor de 223 PPL, de las cuales aproximadamente 53, es decir, el 24% son sindicadas, y 171, es decir el 76 %, son condenadas y que, en promedio, tiene un hacinamiento del 86.2% (Diagnósticos DDHH, Unidos por los Derechos Humanos, Grupo de Derechos Humanos, Dirección General INPEC, 2017, pp. 28-29).

Dadas las condiciones que anteceden, se puede evidenciar que aunque la salud en favor de la PPL aparece mayoritariamente relacionada a los DESC, como una política pública del Estado sobre esa población en específico (modelo de atención en salud para la PPL), no se debe descuidar que el rol de los DDHH en el escenario del derecho internacional, faculta el derecho a la salud a un rango de carácter fundamental, con personalidad propia y sujeta a una protección jurídica particular, que incluso ha dado lugar a que las altas cortes, intervengan en la materialización y protección de los derechos fundamentales de rango constitucional y supraconstitucional a la PPL.

Para el escenario del EPMSC de Tunja, se ha garantizado el cumplimiento de la pena privativa de la libertad, la detención precautelativa, seguridad, atención social, y el tratamiento penitenciario de la población reclusa, en el marco de los DDHH, y que se ha visto limitada a garantizar el goce efectivo de los derechos de la PPL, en relación con la existencia y disponibilidad de recursos materiales y humanos, para efectivizar el amparo a la salud; no obstante, a pesar de la sobrepoblación carcelaria como determinante social, la administración y prestación de los servicios de sanidad y asistencial es asequible, accesible e idónea, tomando en cuenta que existen los recursos técnicos, logísticos, y administrativos, con base al rubro presupuestal que se asigne por parte de la USPEC.

CONCLUSIONES

La investigación permitió evidenciar que la relación especial de sujeción entre Estado y PPL en el escenario penitenciario, ha tenido un impacto negativo en materia de goce efectivo de los DDHH, a pesar de establecer, por parte de la Corte Constitucional, la declaratoria de Estado de Cosas Inconstitucional, en Sentencias de Tutela T-153 de 1998, T-388 de 2013 y T-762 de 2015, en donde, a la fecha, los esfuerzos de las autoridades estatales, acerca de la protección y reconocimiento de este sector poblacional, ha tenido deficiencia y consecuencias, en materia de: servicios públicos asistenciales, imperio de la violencia, afectación a la convivencia y orden público de las PPL, los medios para la resocialización, la sobrepoblación carcelaria, reclusión conjunta de personas sindicadas y condenadas, ampliación de cupos, infraestructura de los establecimientos penitenciarios, violación masiva de los derechos fundamentales de las PPL, exceso del populismo punitivo, fracaso de la política criminal y de las políticas públicas carcelarias, la omisión por parte de las autoridades del orden nacional como territorial en materia de garantías de los derechos a favor de la PPL, la falta de diligencia y efectividad para la toma de medidas de orden presupuestal, de planeación y administrativo; y la desatención de los mandatos judiciales de la Corte Constitucional.

Todo este cúmulo de consecuencias, que se presentan en materia carcelaria, en el ámbito colombiano, han alterado el respeto de la dignidad humana de la PPL, como facultad intrínseca y extrínseca del ser humano, y también como principio fundante del Estado Social de Derecho, consagrado en el artículo 1 de la Constitución.

Bajo este panorama de realidad social complejo, se realizó un análisis histórico, documental, jurisprudencial, doctrinal y deductivo sobre el derecho humano a la salud en PPL, y su aplicación de alcance prestacional en materia carcelaria en el escenario Tunjano, pasando principalmente por los ciclos de clasificación de un derecho económico-social – DESC, por vía de conexidad con el derecho a la vida, y el gran salto de este derecho, con raigambre fundamental y autónomo, en complementación

a ser parte integrante de las declaraciones y tratados internacionales de DDHH, por ser universal, obligatoria, aceptada, exigible, incluyente, disponible, accesible y de calidad, insertando como sujeto de protección constitucional y supraconstitucional las PPL.

Sobre lo último, se identifica normativamente que la protección y reconocimiento del derecho humano a la salud en PPL, inició a partir de lo consagrado en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el artículo 104 y 105 del Código Nacional Penitenciario y Carcelario, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1709 de 2014, el Decreto 2245 de 2015, la Resolución 5159 de 2015, y la Resolución 002390 del 10 de mayo de 2016, a fin de brindar herramientas legales, administrativas, y presupuestales para el funcionamiento de los servicios médicos y asistenciales para este sector poblacional.

A partir de este reconocimiento normativo y prestacional de los servicios médico- asistenciales para la PPL, se concluye que el EPMS de Tunja, como escenario de estudio de investigación socio-jurídica para los DDHH, en el año 2005, ha tenido un alcance y escenario de negación, débil y tenue a satisfactorio, implicando principalmente que las PPL actúan a partir del comité de derechos humanos, compuesto por tres representantes de la PPL (habitabilidad – salud y recreación), el director del EPMS, el delegado para los DDHH de la Defensoría del Pueblo y de la Personería Municipal de Tunja, relacionado principalmente a las problemáticas de hacinamiento carcelario y goce efectivo de los DDHH.

Frente a los hallazgos de reconocimiento a la salud carcelaria, para el año 2016, el alcance del derecho humano a la salud en el EPMS de Tunja tendió a caer en la problemática económica, contractual y presupuestal, de no contar con: médico intramural, stock de medicamentos para suplir las necesidades de la PPL, insumos médicos y odontológicos requeridos, y servicio de recolección de residuos hospitalarios, lo cual afectó la continuidad y cobertura de la prestación a las PPL, denotando que el derecho humano a la salud tiende a no ser absoluta, sino con limitantes que derivan de un desbalanceo en el equilibrio económico del sistema del modelo de atención en salud penitenciaria.

Ante este tipo de circunstancias que derivan vulneración al derecho a la salud, la participación de la PPL, y organismos de control humanitario, deben manifestar cualquier tipo de anomalía, queja, solicitud o denuncia que se presente frente a este tipo de consecuencias; tomando en cuenta que la exigibilidad en proteger los DDHH y fundamentales de la PPL define el radio de acción de acudir a los mecanismos constitucionales, y de lo contencioso administrativo, con el objetivo de salvaguardar no solamente la salud, como derecho fundante y esencial que deriva de otros, sino también la accesibilidad y protección en alimentación, agua potable, saneamiento básico, salubridad pública, y ambiente sano.

En contraposición de lo anterior, y a pesar de los esfuerzos institucionales en pro de la protección de los DDHH y fundamentales de las PPL en el EPMS de Tunja, es considerado, por parte de la Defensoría del Pueblo – Regional Boyacá, como uno de los establecimientos penitenciarios menos hacinados del país, en comparación con otros ERON, donde los alcances de apoyo y colaboración han sido insuficientes, debido a que la problemática carcelaria, relacionada a hacinamiento, malos servicios de salud, e infraestructura, se han convertido para las entidades territoriales, en un acto de negligencia extrema, en donde el Gobierno Nacional tiene la obligación principal de destinar recursos para la sostenibilidad del funcionamiento de los centros penitenciarios territoriales, superar de forma progresiva el Estado de Cosas Inconstitucional y garantizar el goce efectivo de los DDHH, la dignidad humana y la protección constitucional a la salud de la PPL, en criterios de universalidad, continuidad, cobertura, accesibilidad y afiliación a los servicios médico- asistenciales dentro de los ERON, como también se recobre la libertad por parte de la PPL, para garantizarle la inscripción al SISBEN, si la PPL vive y reside dentro de la jurisdicción territorial tunjana.

REFERENCIAS

- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia Política y Salud*. 8 (17), 69-79. http://www.redalyc.org/pdf/545/Resumenes/Resumen_54514009005_1.pdf.
- Acosta, D. (2007). *Trato y tratamiento penitenciario*. Bogotá, D.C.: Universidad Santo Tomás de Aquino.
- Arbeláez, M. (2006). La protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la Corte Constitucional. *DS*. 14 (2), 205-240.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París: ONU. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Betancur, K. (2011). *Estrategias metodológicas en la investigación socio-jurídica*. Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia.
- Carmona, Z., & Parra, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*. 31 (3), 608-620.
- Comisión sobre determinantes sociales de la salud - Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Diario Oficial No. 41.148. [Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 65 del 19 de agosto de 1993. Diario Oficial No. 40.999. [Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 del 9 de enero de 2007. Diario Oficial No. 46.506. [Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2014). Ley 1709 del 20 de enero de 2014. Diario Oficial No. 49.039. [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]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Consejo Superior de Política Criminal. (2018). *Quinto Informe Semestral de seguimiento a la Sentencia T-762 de 2015*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Justicia y del Derecho. Recuperado de: http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/Quinto_Informe_Semestral_de_Seguimiento_al_Estado_de_Cosas_Inconstitucional_del_Sistema_Penitenciario_y_Carcelario..pdf?ver=2018-12-21-150738-063
- Corte Constitucional de Colombia. (2018). *Audiencia Pública - ¿Cómo está la situación carcelaria y penitenciaria en Colombia? - Seguimiento al estado de cosas inconstitucional en materia penitenciaria y carcelaria - Sentencia T-388 de 2013 y T-762 de 2015*. Bogotá, D.C.: Corte Constitucional de Colombia.
- Corte Constitucional de Colombia. (1998). Sentencia T-153 del 28 de abril 1998. *Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional. M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz*. Bogotá, D.C., Colombia.

Cortés, J., Arias, C., Fanger, N., González, A., Kurmen, A., Luna, B., Pulido, D. (2007). La naturaleza jurídica de los derechos económicos, sociales y culturales en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*. 9, 109- 141.

De Currea-Lugo, V. (2005). *La salud como derecho humano. 15 requisitos y una mirada a las reformas*. Bilbao: Universidad de Deusto.

De la Realidad. (2017). *Inpec avanza en aplicar emergencia carcelaria*. Obtenido de De la Realidad: <https://delarealidad.com/2017/03/12/inpec-avanza-en-aplicar-emergencia-carcelaria/>

Defensoría del Pueblo - Regional Boyacá. (2005). *Informe de seguimiento a la situación penitenciaria y carcelaria*. DEFENSORÍA DEL PUEBLO- REGIONAL BOYACÁ, BOYACÁ. Tunja, Colombia: Defensoría del Pueblo. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2a hUKEwiIxJTCuuLjAhWB2FkKHV71AFUQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.defensoria.gov.co%2Fattachment%2F81%2FSituaci%25C3%25B3n%2520penitenciaria%2520y%2520carcelaria%2520Regional%2520Boyac%25C3%25A1.pdf&usg=AOvVaw12v8g_cdsYnSM1zC_7WGF1

Defensoría del Pueblo. (2003). *El Derecho a la salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales - Serie DESC*. Bogotá, D.C.: Defensoría del Pueblo - Management Sciences for Development MSD/USAID. <http://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2017, 04 05). *Análisis sobre el actual hacinamiento carcelario y penitenciario en Colombia*. Bogotá, D.C.: Defensoría del Pueblo. <http://www.defensoria.gov.co/es/public/Informesdefensoriales/785/An%C3%A1lisis-sobre-el-actual-hacinamiento-carcelario-y-penitenciario-en-Colombia-Informes-defensoriales---C%C3%A1rceles-Informes-defensoriales---Derechos-Humanos.htm>

Diagnósticos DDHH, Unidos por los Derechos Humanos, Grupo de Derechos Humanos, Dirección General INPEC. (2017). *Unidos por los Derechos Humanos*. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC - Diagnóstico Regional Central.

Diario Extra. (2016). *Crece tasa de hacinamiento - Boyacá*. Retrieved from Extra - El diario de todos. Recuperado de: <http://boyaca.extra.com.co/noticias/local/crece-tasa-de-hacinamiento-boyaca-217483>

Fajardo, L. (2016). *Técnicas penitenciarias con enfoque en derechos humanos - Primera Edición*. Bogotá, D.C: TSV Comunicación Gráfica S.A.S.

Gañán Echavarría, J. L. (2012). Del Derecho a la Salud en Colombia. Un derecho seriamente fundamental. *Institución Universitaria Salazar y Herrera*, 11-24. <http://revistas.proeditio.com/iush/quid/article/view/61>

Gañán Echavarría, J. L. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Superintendencia Nacional de Salud - Número 3*, 7-19. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/natural_eza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf

González, C. H. (2018). *Políticas Públicas y Derechos Humanos en las cárceles colombianas*. Universidad Católica de Colombia, 1-37. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/17366/1/POL%C3%8DTICAS%20P%C3%9ABLICAS%20Y%20DERECHOS%20HUMANOS%20EN%20LAS%20C%C3%81RCELES%20COLOMBIANAS.pdf>

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. (2016). Resolución No. 002390 del 10 de mayo de 2016. D.G. Jorge Luis Ramírez Aragón. [Por medio de la cual se declara el Estado de Emergencia Penitenciaria y Carcelaria en los Establecimientos de Reclusión de Orden Nacional del INPEC]. Bogotá, D.C., Colombia.

López Echeverry, M. E. (2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 62-82. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54522293005>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 00005159 del 1 de diciembre de 2015. Diario oficial No. 49.713. [Por la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC]. Bogotá, D.C., Colombia.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito. (2015, Mayo 10). *Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas de Nelson Mandela)*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Brochure_on_the_The_UN_Standard_Minimum_the_Nelson_Mandela_Rules-S.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos* (Vol. I). Ginebra, Suiza: OMS. Retrieved from <http://www.who.int/hhr/activities/Q%26AfinalversionSpanish.pdf>

Orrego, J. (2001). *El drama humano en las cárceles: la realidad del sistema carcelario y penitenciario colombiano*. Medellín, Colombia: Nuevo Milenio.

Ostos, N., & Pardo, E. (2012). *Informe de Rendición de Cuentas - Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tunja*. Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Tunja, Boyacá. Tunja, Colombia: INPEC.

Posada, J. (2009). *El Sistema Penitenciario - Estudio sobre normas y derechos relacionados con la privación de la libertad*. Bogotá, D.C.: COMLIBROS.

Presidencia de la República de Colombia. (2011). Decreto 4100 del 2 de noviembre de 2011. [Por el cual se crea y organiza el Sistema Nacional de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, se modifica la Comisión Intersectorial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario]. Bogotá, D.C., Colombia. http://defensoria.gov.co/public/Normograma%202013.html/Normas/Decreto_4100_2011.pdf

Presidencia de la República de Colombia. (2015). Decreto 2245 del 24 de noviembre de 2015. [Relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC]. Bogotá, D.C., Colombia. <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/decreto%20unico/%2023%20decretos/13.DECRETO%202245%20DEL%2024%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202015.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2016). Decreto 1216 del 25 de julio de 2016. [Por el cual se modifica el Decreto 1081 de 2015]. Bogotá, D.C., Colombia. <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201216%20DEL%2025%20DE%20JULIO%20DE%202016.pdf>

Procuraduría General de la Nación, Presidencia de la República y Defensoría del Pueblo. (2017). *Tercer informe semestral de seguimiento a la sentencia T-762 de 2015*. Bogotá, D.C.: Grupo líder de seguimiento - Procuraduría General de la Nación - Presidencia de la República y Defensoría del Pueblo. <http://www.politicacriminal.gov.co/>

Portals/0/Informes%20de%20Seguimiento/Ane
compressed.pdf?ver=2018-02-08-154928- 853

xos%203er%20informe/Parte%201_com.

Sáenz, D. (2015). *La política pública carcelaria y los procesos de reinserción social en el tratamiento penitenciario en Colombia*. Bogotá, D.C.: Grupo Editorial Ibáñez.

Suárez, Y. (2015). *La Dignidad Humana, el caso de los internos en establecimiento carcelario desde la T-153 de 1998. [Tesis de grado]*. Bogotá, D.C.: Universidad Católica de Colombia. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2289/1/La%20dignidad%20humana%20el%20caso%20de%20los%20internos%20en%20establecimiento.pdf>

Vélez, M. (2008). *Salud: negocio e inequidad - Quince años de la Ley 100 en Colombia*. Bogotá, D.C.: Ediciones Aurora.