

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA BIOÉTICA RELACIONADA CON EL  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LA ATENCIÓN A  
PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRIA EN BIOETICA**

**CLAUDIA BECERRA RIOS**

**DIRECTOR: DR. PEDRO JOSÉ SARMIENTO  
ASESOR METODOLOGICO: DRA. NATALIA REINOSO**

**BOGOTÀ JULIO 2021**

## Tabla de contenido

UNIVERSIDAD DE LA SABANA.....	1
TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE MAESTRIA EN BIOETICA .....	1
1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
3. OBJETIVO GENERAL:.....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. MARCO TEÓRICO.....	9
5.1 BREVE REFERENCIA DEL PASADO CARCELARIO.....	9
5.2 SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD .....	10
4.2.1 SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA .....	11
4.2.1.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SGSSS.....	11
4.2.2.1 SISTEMA DE ASEGURAMIENTO COLOMBIANO .....	12
5.3 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD.....	14
5.3.1 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN ALGUNOS PAISES.....	15
5.3.1.1 SISTEMAS DE SALUD CARCELARIA EN ESPAÑA .....	15
4.3.1.2 SISTEMAS DE SALUD CARCELARIA EN ESTADOS UNIDOS .....	16
4.3.1.3 SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD CARCELARIA EN CHILE .....	16
4.3.1.4 SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD CARCELARIA EN BRASIL.....	18
4.3.1.5 SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD CARCELARIA EN COLOMBIA.....	19
5. MANUAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD A CARGO DEL INPEC.....	22
6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LAS CATEGORIAS EXAMINADAS EN EL DOCUMENTO.....	24
6.1 CATEGORÍAS BIOÉTICAS: .....	24
6.1.1 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.....	24
6.1.2 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA .....	27
6.1.3 PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA.....	27
6.1.4 PRINCIPIO DE JUSTICIA.....	28
6.1.5PRINCIPIO DE DEFENSA DE LA VIDA FISICA.....	30
6.1.6 PRINCIPIO DE TOTALIDAD .....	30

6.1.7 PRINCIPIOS DE LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD .....	31
6.1.8 PRINCIPIO DE SOCIABILIDAD Y SUBSIDIARIDAD.....	32
6.2 CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS:.....	33
6.2.1 GESTIÓN .....	33
6.2.2 ASEGURAMIENTO.....	34
6.2.3 CALIDAD .....	34
6.2.4 VIGILANCIA Y CONTROL .....	35
6.3 CATEGORIAS DE SALUD .....	36
6.3.1 CUIDADO AL INICIO DE LA VIDA.....	36
6.3.2 ENFERMEDADES CRONICAS DE ALTO COSTO .....	36
6.3.3 ENFERMEDAD MENTAL.....	36
6.3.4 CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA.....	37
7. RESULTADOS .....	39
7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS.....	39
7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS .....	57
7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD.....	77
8. ANÁLISIS .....	84
8.1 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS BIOÉTICAS .....	89
8.1.1 Principio de autonomía .....	89
8.1.2 Principio de Justicia .....	93
8.1.3 Principio de Beneficencia .....	95
8.1.4 Principio de No maleficencia.....	96
8.1.5 Principio de Defensa de la Vida Física .....	98
8.1.6 Principio de Totalidad .....	99
8.1.7 Principio de Libertad y responsabilidad .....	99
8.1.8 Principio de Sociabilidad y subsidiaridad .....	100
8.2 ANALISIS DE CATEGORÍAS ADMINISTRATIVAS .....	101
8.3 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS DE SALUD .....	105
9. CONCLUSIONES .....	109

# **ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA BIOÉTICA RELACIONADA CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LA ATENCIÓN A PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.**

## **1. INTRODUCCIÓN**

Las normas internacionales de derechos humanos, definen que las personas privadas de la libertad en establecimientos penitenciarios y carcelarios deben ser tratadas con el respeto que merece la dignidad propia de todo ser humano, esas personas son titulares, en igualdad de condiciones, de los mismos derechos reconocidos a los demás miembros de la sociedad (1).

En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha definido privación de libertad como “Cualquier forma de atención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas” (1). Este trabajo se orienta específicamente a las personas que han sido privadas de la libertad porque han cometido delitos e infracciones a la ley, de manera que una autoridad Judicial define su detención en un establecimiento penitenciario o carcelario en el que se suspenden algunos derechos (2).

En este contexto es necesario conocer las tres categorías que ha definido la Corte Constitucional para los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad

- Derechos que se mantienen incólumes o intactos, que no pueden limitarse ni suspenderse a pesar de que el titular se encuentre sometido al encierro. Estos derechos son inherentes a la naturaleza humana, tales como la vida e

integridad personal, la dignidad, la igualdad, la salud y el derecho de petición, entre otros.

- Derechos que son restringidos debido al vínculo de sujeción del recluso para con el Estado como: derechos al trabajo, a la educación, a la familia, a la intimidad personal.
- Derechos que pueden ser suspendidos, como consecuencia de la pena impuesta: la libertad física y la libre locomoción, el voto(3).

Por otra parte, a través de la Sentencia T-049/16, La Corte Constitucional ha desarrollado el concepto de “relación de especial sujeción de las personas privadas de la libertad con el Estado”, al sostener que en virtud de la misma este puede exigirles a aquellos el sometimiento a un conjunto de condiciones que suponen la suspensión y restricción de ciertos derechos fundamentales. En otras palabras, el Estado, al privar de la libertad a una persona, se constituye en el garante de los derechos que no son restringidos por el acto de la privación de la libertad, y el recluso, por su parte, queda sujeto a determinadas obligaciones legales y reglamentarias de imperativa observancia (3).

De esta manera la protección a los derechos fundamentales, en el marco normativo para Colombia incluye:

- Constitución Política Capítulo I, artículos 1 al 11 que trata de los principios fundamentales y el Capítulo II, artículos del 11 al 41 que trata los derechos, garantías y deberes (4).
- Ley 65 de 1993 por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario que regula el cumplimiento de las medidas de aseguramiento, la ejecución de las penas privativas de la libertad personal y de las medidas de seguridad; que en el artículo 5 define: En los establecimientos de reclusión prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los Derechos Humanos universalmente reconocidos (5).
- Ley 1709 de 2014, por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993 Código Penitenciario y Carcelario (Ley 65 de 1993) relacionados con los principios rectores de legalidad, enfoque diferencial, penas y medidas de seguridad, dignidad humana y aspectos del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario como las telecomunicaciones en los centros de reclusión, su clasificación, las cárceles y pabellones de detención preventiva, las penitenciarías, centros de arraigo transitorio, cárceles por conductas punibles culposas cometidas en accidente de tránsito o en ejercicio de toda profesión u oficio, establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental, establecimientos de alta seguridad, de mujeres y para miembros de la Fuerza Pública, colonias agrícolas, la detención en Unidad de Reacción Inmediata o similar; la revocatoria de la

detención y prisión domiciliaria, las audiencias virtuales, Traslados de las personas privadas de la libertad y del personal penitenciario y carcelario (6).

Hasta este punto se ha mencionado de manera general la reglamentación asociada a la protección de los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad, sin embargo, en atención a que es la salud de las personas privadas de la libertad, el tema que nos ocupa se hace necesario hacer algunas precisiones respecto al derecho a la salud así:

La Organización Mundial de Salud afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente (7).

En este sentido la Constitución política de Colombia, para proteger el derecho fundamental a la salud en el artículo 49 establece, que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (4).

Así le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (4).

En este contexto es preciso revisar algunos conceptos relacionados con la atención de salud en Colombia y la forma en que se presta este servicio a las personas privadas de la libertad, debemos partir de aclarar que la salud en Colombia está determinada por el sistema de aseguramiento que define el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Para las personas privadas de la libertad el Ministerio de salud y la USPEC han diseñado un modelo de atención en salud que se desarrolla en forma paralela al SGSSS, es decir, no hace parte integral del mismo.

Ahora es importante definir qué es y cómo opera un sistema de aseguramiento en salud, entendiendo que se trata de la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (8).

El artículo 157 de la Ley 100 DE 1993 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, a través de los regímenes contributivo, subsidiado, y especial o de excepción (9), conceptos que se desarrollaran con mayor detalle y se espera permitan comprender como afectan el acceso a servicios de salud para la población privada de la libertad.

En este sentido en el presente trabajo se analizarán los servicios de salud a los que acceden las personas privadas de la libertad, desde una perspectiva de principios bioéticos, claramente orientados a la defensa de la vida y la persona humana entendida desde su dignidad ontológica.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existen problemas bioéticos en el acceso a servicios de salud para la población privada de la libertad derivados de la implementación del modelo de atención en salud y su desarrollo alterno al Sistema General de Seguridad Social en Salud?

## **3. OBJETIVO GENERAL:**

Analizar la problemática bioética que puede ocasionar la vinculación del sistema de salud penitenciaria al Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificando desde una perspectiva bioética centrada en la persona posibles afectaciones y proponiendo acciones que pudieran tenerse en cuenta para futuras modificaciones y políticas públicas que se desarrollen en este campo.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Analizar el actual modelo de atención en salud penitenciario colombiano desde la perspectiva de la bioética centrada en la persona.
- Identificar problemas éticos a partir del análisis de los documentos marco normativo del Sistema General de Seguridad en Salud y normas que definen la salud para las personas privadas de la libertad.
- Proponer sugerencias de ajuste al modelo de salud analizado.

#### **4. METODOLOGÍA**

Se realizó una investigación cualitativa de enfoque interpretativo documental, que utilizará el análisis crítico del discurso y análisis cualitativo de datos textuales, y comparativo en la perspectiva de los valores, principios y aplicaciones de la bioética centrada en la persona en el marco de la normativa de atención en salud vigente en personas privadas de la libertad en Colombia.

A través del análisis documental tipo análisis comparativo categorizado con la revisión de diferentes documentos, teniendo como documento referencia para analizar el Manual técnico administrativo para la implementación de Modelo de atención en salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC, publicado el 28 de diciembre de 2020.

Otros documentos que se revisaron están:

Constitución Política de Colombia.

Ley 100 de 1993

Documentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS  
Normatividad.

Plan de beneficios. Resolución 2238 de 2020.

Documentos internacionales acerca de atención en salud para personas privadas de la libertad España, Chile, Argentina, Brasil.

El Modelo bioético centrado en la persona, según Elio Sgreccia.

Se definieron tres categorías conformadas cada una por principios o aspectos de relevancia que, para lo efectos del presente documento, se han definido como necesarios para definir el desarrollo del modelo de atención en salud para las personas privadas de la libertad desde una perspectiva bioética.

Se definió una fundamentación teórica de las categorías para direccionar la lectura de documentos.

## **PRIMERA PARTE**

### **5. MARCO TEÓRICO**

#### **5.1 BREVE REFERENCIA DEL PASADO CARCELARIO**

Se documenta el desarrollo de sistemas penitenciarios a partir del siglo XVI y comienzos del XVII en las denominadas casas de corrección que surgieron en Gran Bretaña, es a partir de esta iniciativa que se consideró la corrección de las personas a través del desarrollo de trabajo en el sitio de reclusión (10).

Para el siglo XVIII, en 1704, el Papa Clemente XI creó el Hospicio de san Miguel, en Roma, para acoger a jóvenes infractores a quienes en la noche mantenía aislados en sus celdas, pero durante el día compartían y trabajaban con los demás internos, el nacimiento de las cárceles, tal y como hoy las conocemos, se dio finalizando el siglo XVIII e inicio del XIX, la llegada de la ilustración, el inicio de propuestas de pena diferentes a la muerte o torturas, así como la introducción del humanismo; determinaron un cambio en la concepción del castigo como ejemplarizante y ocasión de temor para la sociedad; de esta forma se suprimen los antiguos métodos de tortura ruedas, cepos, horcas, picotas, se da a la pena un sentido más elevado, el verdugo es sustituido por vigilantes, médicos, capellanes, psiquiatras, psicólogos, educadores que garantizan que el cuerpo y el dolor no son los objetivos últimos de su acción punitiva (11).

La estancia temporal de los presos en una celda fue la práctica habitual en distintas civilizaciones del mundo antiguo: los mandarines chinos administraban la justicia en nombre del emperador en una construcción denominada yamen, en la Roma del s. IV a.C., los generales enemigos derrotados eran confinados en la cárcel Mamertina hasta que se les ejecutara en público durante un desfile triunfal, mientras que a los esclavos se les recluía en las ergástulas, como la de Astorga (León); los griegos recurrían a las latomías, profundas canteras que eran empleadas como prisiones(10).

Lugares donde retener a la persona acusada o culpable de haber cometido un delito han existido siempre, dichos lugares permitían recluir a las personas que violaban alguna norma social y su fin era proteger a la sociedad general del peligro que pudiera representar el individuo transgresor.

En Colombia el sistema penitenciario y carcelario se ha dado en 4 momentos específicos según se referencia en la reseña histórica realizada por la socióloga, Cecilia Mercado Torres.

1914 a 1933 Ley 35 de 1914 creación de la Dirección General de prisiones.

1934 a 1963 Decreto Ley 1405 de 1934 primer Código penitenciario y carcelario.

1964 a 1961 primer censo penitenciario octubre de 1977.

1992 a 2011 Decreto 2160 de 1992, creación del Instituto nacional Penitenciario INPEC

## **5.2 SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Un Sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero(12).

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son fundamentales por lo que es necesario conocer sus implicaciones y los tipos de sistemas que existen.

Los sistemas de salud que se estipulan en Europa están basados en la universalidad, solidaridad y equidad; bajo estas premisas nacieron los Servicios Nacionales de Salud o modelo Beveridge y los Sistemas de Seguros Sociales, también conocidos por modelo Bismarck. Ambos son los referentes sanitarios que imperan en Europa. Hasta once estados se rigen por el modelo Beveridge, entre los que destaca España, Portugal, Gran Bretaña o Finlandia, mientras que el sistema Bismarck es utilizado por los 17 países restantes, como Alemania, Francia, Holanda, o Grecia, entre otros.(13)

El modelo Bismarck nace en Alemania 1883, este sistema de salud se basa en que los ciudadanos disfrutan de atención sanitaria a través de organizaciones privadas y, para ello, tanto empresarios como trabajadores pagan cuotas que van directamente a las empresas que gestionan los servicios médicos. En este sistema “el Estado es más bien un regulador de los servicios”(13).

El modelo Beveridge, por su parte, es originario de Gran Bretaña y surgió en los años cuarenta. Este sistema se basa en el acceso universal a la sanidad y en que todo servicio médico está directamente gestionado por el Gobierno. El Beveridge es un modelo que “está regulado por los impuestos, y como en los casos de España e Inglaterra, las prestaciones están controladas por el Estado”(13).

En Estados Unidos, el modelo sanitario es privado en su totalidad. El ex presidente del país norteamericano Barack Obama intentó regularizar la situación a través del Obamacare, un sistema parecido al Bismarck que garantizaba la asistencia a la población con escasos recursos. En la actualidad, el procedimiento está parado. “Lo que se decidió en su momento en Estados Unidos fue que, en lugar de subir impuestos, cada uno se pagara un seguro propio”. Esto contribuye a que no haya listas de espera, pero que el pago por los servicios sea muy elevado. Si los ciudadanos no pueden pagarse un seguro tienen que recurrir a los sistemas sociales, orientados a colectivos sin recursos y a veteranos de guerra(13).

Es importante conocer estos antecedentes para identificar el sistema de salud colombiano y en particular el modelo de atención en salud como puede estar influenciado y como se afecta la prestación en términos de calidad en salud, por ejemplo, en lo relacionado con listas de espera.

#### **4.2.1 SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

Hasta la privatización del ISS, el sistema colombiano era una combinación del modelo Bismarck, de EPS e IPS privadas, y el modelo de seguro nacional de salud al estilo canadiense para los cubiertos por el ISS, y un sector de la población que no estaba cubierto por ningún seguro y dependía de su escaso bolsillo. Hoy día tiene un modelo Bismarck, con la importante diferencia de que casi todas las aseguradoras son con ánimo de lucro, más el sector de no asegurados que sigue pagando de su bolsillo o dependiendo de la caridad (14).

##### **4.2.1.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SGSSS**

Según la Constitución colombiana, en su artículo 48, los principios de la seguridad social son la eficiencia, la universalidad y la solidaridad(15). En 1993, el Congreso de la República expidió la ley 100, que es la base para la prestación de este derecho en general y la salud en particular. El interés internacional por aumentar el número de personas con acceso a servicios de salud ha permitido que se reconozca la seguridad social como un derecho humano con cobertura universal, independiente de las características de formalidad o informalidad laboral(16).

El derecho a la salud se encuentra consagrado en los artículos 44 y 49 de la constitución y hace parte del capítulo de los llamados “Derechos sociales, culturales y económicos”, pero con el paso del tiempo y por vía jurisprudencial se le dio el trato

de fundamental, primero, por conexidad con derechos catalogados como tal, y luego, la Corte Constitucional le otorgó el estatus de derecho fundamental autónomo, reconocido a través de la ley estatutaria 1751 de 2015 (16). Significa esto que en Colombia se reconoce la salud como un derecho inherente a la persona, universal, irrenunciable, integral e integrador, esencial para la materialización de una vida digna, con calidad, y vital para la eficacia real del principio de igualdad material(17).

En Colombia con la Ley 100 de 1993 se crea el modelo de seguridad social y se definen los fundamentos que rigen los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, es decir se legisla para lograr en consonancia con la Constitución Política garantizar para los colombianos una seguridad social que cumpla con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, es decir, la salud es un servicio público. La Ley vincula entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, define normas y organiza los procedimientos que permitan el acceso de todas las personas para garantizar el ejercicio del derecho, es así como se conforma el Sistema General de seguridad Social en Salud – SGSSS.

#### **4.2.2.1 SISTEMA DE ASEGURAMIENTO COLOMBIANO**

Se ha definido el aseguramiento en salud como la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en un plan de beneficiarios en salud, el aseguramiento es entonces, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario(18).

El sistema de aseguramiento colombiano está compuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud, los entes territoriales (departamentos y municipios), las aseguradoras, que se denominan Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud -EAPB, Empresas Promotoras de Salud -EPS y las Instituciones Prestadoras del Servicio -IPS. El SGSSS está dividido en tres componentes:

**Régimen contributivo:** es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o entre éste y su empleador. Se afilian

al régimen contributivo, las personas que tienen una vinculación laboral, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

La financiación en el régimen contributivo opera con base en una cotización de sus afiliados, más los aportes de los empleadores, la contribución es obligatoria y equivale a 12.5% de los ingresos laborales o salario base de cotización, de los cuales al trabajador se le descuenta un 4% de su salario, mientras que el empleador se encarga de pagar el restante 8.5% (9). Los trabajadores independientes y los pensionados deben pagar la totalidad de la contribución (19).

**Régimen Subsidiado:** Es la figura mediante la cual el Estado colombiano hace la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, es responsabilidad de los entes territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción de esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos.

Se realiza la afiliación a este régimen a través la identificación que hace el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales -SISBEN, se financia con 1.5% que aportan los trabajadores, el 1% que dan los pensionados y otros recursos de las entidades territoriales, entre otros. Así mismo, es deber de los entes territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, el régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado (20).

**Régimen Especial o de excepción:** es aquel sistema de seguridad social que ofrece cobertura a regímenes exceptuados, es decir, a aquellos sectores de la población que siguen rigiéndose por las normas de seguridad social concebidas con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, o por las que regulan de forma especial para ellos. Pertenecen a este régimen Fuerzas Militares y Policía Nacional, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol, Universidades públicas que se acogieron a la Ley 647 de 2001, operan con recursos de las cotizaciones de los funcionarios públicos más los aportes del Estado (21).

En 1993 el plan de beneficios para el régimen contributivo incluía servicios y medicamentos que no eran cubiertos para el régimen subsidiado, situación que cambió en el 2008 con la Sentencia T760 que ordenó unificar los planes de beneficios para los dos regímenes.

Posteriormente con la expedición de la Ley estatutaria 1751 de 2015, el Plan Obligatorio de Salud- POS desapareció, y se establece que los usuarios del SGSSS tienen derecho a todos los procedimientos y medicamentos que sean necesarios para prevenir y enfrentar una enfermedad, excepto aquellos que están expresamente excluidos (22).

### **5.3 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Un modelo de atención en salud es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. En el ámbito público se expresa en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación- reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia-emergencia. El modelo de atención se dirige al logro de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, es anticipatorio al daño (23).

El Ministerio de Salud ha definido para Colombia el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS el cual está concebido bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS–, que, según la Ley 1438 del 2011, se plantea como un servicio que ofrece una atención centrada en las personas y las familias, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, coordinada e integrada en todos los niveles, donde participan las comunidades, basada en métodos costo-efectivos científicamente probados (24).

La prestación de servicios se organizará alrededor de prestadores primarios de atención, conformados por un grupo de profesionales, con médicos generales o de familia, que serán la puerta de entrada al sistema. Los prestadores primarios deben poder resolver el 80 % de las atenciones en salud, y contarán con algunas especialidades básicas, enfermeras, promotores de salud, odontólogos, y servicios de diagnóstico básicos; cada ciudadano tendrá un prestador primario asignado, que seguirá su estado de salud, lo remitirá a niveles superiores cuando sea necesario, y lo seguirá en sus procesos de recuperación. Es decir, que el prestador primario será responsable de mantener a los pacientes asignados en buen estado de salud.

Los prestadores primarios serán los nodos principales de las redes de prestación de servicios –RIAS–, que son un conjunto de entidades prestadores encargadas de coordinar la atención integrada de los pacientes, entre los niveles de atención. Estos definen las acciones necesarias para mantener a la población sana,

para la atención y el seguimiento de grupos de riesgo, así como la responsabilidad de cada actor en la ruta y las acciones que deben llevar a cabo en cada nivel de atención, los mecanismos de pago y resultados esperados (24).

### **5.3.1 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN ALGUNOS PAISES**

A continuación, se presentan generalidades de sistemas de salud penitenciarios de otros países a fin de comparar y encontrar principios bioéticos que hacen parte integral de los mismos.

#### **5.3.1.1 SISTEMAS DE SALUD CARCELARIA EN ESPAÑA**

Cuenta con 85 centros de reclusión, es el Ministerio del Interior el responsable de la salud de las personas que ingresan a prisión. La sanidad penitenciaria española administrativamente, está conformada por el Ministerio del Interior, equipo directivo de la prisión y la unidad de sanidad penitenciaria de la prisión, sus funciones están definidas por la Ley General Penitenciaria y su reglamento. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias tiene asignada entre sus competencias velar por la vida, integridad y salud de los internos de los establecimientos que tiene a su cargo y la administración penitenciaria garantiza la cobertura sanitaria del nivel de atención primaria en salud.

La política sanitaria en España ha desarrollado un sistema sanitario que, da cobertura a todos los ciudadanos, sin distinciones de condición y en términos de equidad, la Ley 14 de 1986 General de Sanidad, contempla el derecho de los internos a acceder a servicios sanitarios en condiciones de igualdad, siendo la administración la responsable de desarrollar todas las acciones preventivas y asistenciales dentro del contexto integral del sistema sanitario.

La Ley 16 del 28 de mayo de 2003, define la transferencia de los servicios sanitarios penitenciarios, este planteamiento de transferencia de la parte asistencial de la actividad de las prisiones se entiende, en el sentido de que la administración penitenciaria no es, ni puede constituirse como una administración sanitaria completa que haga frente a la totalidad de prestaciones sanitarias y especializadas con una concepción integral del sistema de salud (25).

#### **4.3.1.2 SISTEMAS DE SALUD CARCELARIA EN ESTADOS UNIDOS**

No existe una única autoridad penitenciaria debido a que existen prisiones federales, estatales y locales. Por este motivo es difícil establecer la situación global de la sanidad penitenciaria en EEUU en cuanto a su organización y calidad asistencial, a excepción de las cárceles federales.

El Departamento de justicia es el responsable de las prisiones federales, contando con 175 establecimientos, cuenta con una división de servicios sanitarios y un grupo de profesionales sanitarios que hacen parte del equipo de salud pública de los Estados Unidos.

Ofertan los servicios de atención primaria esencial, salud mental, salud dental y tratamiento de las adicciones, para los cuales han desarrollado unos estándares adaptados al medio penitenciario. Para estas prestaciones existen un director Médico en cada prisión y los funcionarios de Salud Pública. Además, cuentan con convenios para la prestación de servicios ambulatorios y de atención especializada.

A través de Directivas exigen a las prisiones un cuidado eficaz y la promoción de la salud en el ámbito penitenciario, existen Directivas relacionadas con la gestión y la administración; tiene definidos estándares de calidad y la posibilidad de acreditación por parte de varias entidades como la National Commission on Correctional Health, American Correctional Association (26).

Dentro del sistema de concertación y provisión de los servicios, las autoridades americanas han establecido un sistema de copago de la asistencia sanitaria a los internos con el fin de hacerlos más responsables con su propia salud, sin embargo, a las personas que no tienen recursos económicos no se les facturan los gastos generados por su asistencia sanitaria, pero tienen algunas restricciones. Hay algunos servicios que no generan ningún costo como: cuidados de salud básicos, actividades de prevención y promoción de la salud, emergencias sanitarias, asistencia prenatal, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, servicios de salud Mental, servicios de tratamiento de adicciones

#### **4.3.1.3 SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD CARCELARIA EN CHILE**

Forman parte del sistema de atención en salud para población privada de la libertad en Chile el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (entidad que dirige todos los establecimientos penales del país), Ministerio de Salud y Gendarmería.

Las unidades de salud que funcionan en los recintos carcelarios y las jefaturas técnicas a nivel local, regional y nacional del sistema penitenciario mantienen un contacto permanente con los servicios de salud y los centros sanitarios públicos y privados.

Las enfermerías realizan atención primaria y el personal de turno se hace cargo de la derivación de los pacientes al Hospital Penitenciario y hospitales externos. Existen 90 unidades de enfermería en el país a cargo de enfermeros o técnicos; en algunas enfermerías, existen salas de hospitalización destinadas a pacientes que se encuentran en observación una vez se han dado altas en hospitales externos.

El sistema de salud chileno está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, Fondo Nacional de Salud -Fonasa, organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud en Chile, para dar cobertura a sus beneficiarios; y las Instituciones de Salud Previsional Privadas-ISAPRES, encargadas de financiar las prestaciones y beneficios de salud a las personas que cotizan el 7% o un monto superior convenido de sus ingresos mensuales para la salud (27).

Es el Ministerio de Salud quien dicta las normas para asegurar que las atenciones que se proporcionen a las personas con discapacidad física y mental y aquéllas que se encuentren privadas de libertad sean oportunas y de igual calidad.

Es importante en Chile el sistema de concesiones carcelarias que inició en el año 2000, que a través de una alianza estratégica entre el sector público y privado busca generar sistemas carcelarios flexibles, creativos, rentables, eficientes, de mayor calidad y de menor costo respecto a sus contrapartes públicas. Lo que se buscaba lograr, era renovar los establecimientos y ciertas dinámicas de ellos para lograr estándares de calidad más altos, enfrentar los problemas de sobrepoblación, optimizar la seguridad en los recintos y mejorar los programas de reinserción. De esta forma, la división de roles quedó concretada en que el Estado se encarga de la vigilancia, seguridad y administración del establecimiento, a cargo de Gendarmería de Chile, y debe fiscalizar y controlar el cumplimiento de estándares, además de pagar semestralmente a los concesionarios. Por su parte, los actores privados deben diseñar, construir y equipar los establecimientos, generar un manual operativo para capacitar al personal de Gendarmería, mantener la infraestructura y equipamiento, proveer servicios alimenticios, de salud y de reinserción social(28).

#### **4.3.1.4 SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD CARCELARIA EN BRASIL**

En el artículo 196 de la Constitución Federal, en los artículos 10, 14 y 41 de la Ley de ejecución penal (Ley N° 7210/84) y en el artículo 7 de las directrices del Sistema Único de Salud (Ley N° 8080/90), se estipula que las personas privadas de libertad tienen derecho a la asistencia sanitaria (29).

En salud, la Orden Interministerial del Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia 1.777/20035, la cual instituyó el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario- PNSSP, enfatizó la necesidad de una política pública de salud especializada. Al garantizar la transferencia de recursos, esa política debe tener como base principal la justicia, la ética, la ciudadanía, los derechos humanos, la equidad y la participación en el proceso democrático de derechos y del control social. Existen grandes distorsiones en la efectividad del derecho a la salud para una parte representativa de la población brasileña, en la cual se incluyen las personas privadas de la libertad, aun cuando el PNSSP no haya sido implementado de forma homogénea y simultánea en todas las unidades del sistema penitenciario del país, en 2014 se instituyó, la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario. La Orden Interministerial MS/MJ 1/20147 establece las condiciones para la adhesión a esa política y al pacto para prestar atención básica de salud en el sistema penitenciario (30).

En el sistema penitenciario, la asistencia sanitaria es preventiva y curativa, comprende servicios médicos, farmacéuticos y odontológicos. Si un establecimiento penitenciario no cuenta con los equipos suficientes, se presta asistencia sanitaria en otro sitio, con la autorización del director del establecimiento. Se garantiza el seguimiento médico de las mujeres reclusas, en particular durante el embarazo y después del parto, y se brinda asimismo asistencia médica a los recién nacidos.

A fin de asegurar la prestación de asistencia sanitaria en los centros de privación de libertad, el Estado del Brasil ha realizado inversiones en el Plan nacional de asistencia sanitaria en el sistema penitenciario, actualmente en proceso de revisión y ampliación, así como en la ampliación del programa "Red Cigüeña", dirigido a las mujeres dentro del sistema penitenciario.

#### **4.3.1.5 SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD CARCELARIA EN COLOMBIA**

Para que se dé la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad se ha previsto la participación de diferentes instituciones: Ministerio de Justicia y del Derecho, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios -USPEC, el Fondo Nacional de Salud de Personas Privadas la Libertad, el Ministerio Hacienda y Crédito Público, Ministerio Salud y Protección Social, entre otros.

El esquema de salud para la población privada de la libertad está regulado por el Decreto 2245 de 2015, en desarrollo de los artículos 65 y 66 de la Ley 1709 de 2014 y modificado por el Decreto 1142 de 2016, el cual articula la afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud de quienes pueden conservar su afiliación a los regímenes contributivo, especiales o de excepción y al régimen subsidiado para la población domiciliaria que no pueda acceder a los anteriores regímenes. Para comprender como opera la atención es necesario conocer las funciones que son competencia de cada entidad.

El INPEC y la USPEC como entidades que dependen del Ministerio de Justicia y el Derecho tiene a su cargo funciones específicas que permiten garantizar la prestación y el acceso a los servicios de salud para la población privada de la libertad, integrada por las personas internas en los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC, así como por quienes estén en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC (31).

Las funciones de la USPEC, en relación con la prestación de servicios de salud de la población privada de la libertad están relacionadas con la planeación de los servicios de salud, la contratación de la entidad fiduciaria que contratará la prestación de servicios de salud, definición de condiciones de contratación, y gestión para la implementación del modelo de atención, entre otras (32).

Son funciones del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC: actualizar el Sistema de Información Penitenciario y Carcelario (SISIPEC), Garantizar las condiciones y medios para el traslado de personas privadas de la libertad a la prestación de servicios de salud, tanto al interior de los establecimientos de reclusión como cuando se requiera atención extramural, adelantar, en coordinación con la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios –USPEC, las acciones necesarias requeridas para la implementación del Modelo de Atención en Salud para la Población Privada de la Libertad, entre otras (32).

De esta forma, la USPEC en cumplimiento de sus funciones realiza un contrato de fiducia mercantil para la administración de los recursos del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, a través del cual se adelanta la contratación, desembolso y demás actividades administrativas que se requieran para la prestación de servicios de salud a las personas privadas de la libertad.

El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad es una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, con independencia patrimonial, contable y estadística, cuyos recursos provienen de Aportes del Presupuesto General de la Nación y serán manejados por la entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital, contratada por la Unidad Nacional de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, - USPEC (32).

La entidad fiduciaria contratada por la USPEC debe realizar la contratación de prestadores de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, para la atención intramural y extramural y contratar las tecnologías de salud que deberán ser garantizadas a la población privada de la libertad bajo custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC, definidas por el Consejo Directivo del Fondo, conforme el marco jurídico vigente, en especial la Ley 1751 de 2015.

El Consejo Directivo está conformado por: 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. se reúne cada dos meses, o de manera extraordinaria cuando sea necesario.

Son obligaciones de la entidad fiduciaria:

- Contratación de la prestación de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que se requiera para complementar la oferta de servicios de salud.
- Contratación de los servicios técnicos y de apoyo, asociados a la prestación de servicios de salud.
- Contratación de las intervenciones colectivas e individuales en salud pública, enmarcadas en la normatividad del sector de la Salud y la Protección Social.

- La supervisión o interventoría del contrato fiduciario y las auditorías médicas que garanticen la adecuada ejecución de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud.
- Pago de la comisión fiduciaria.
- La prestación de los servicios de salud a nivel intramural y extramural debe ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de la población privada de la libertad en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos (32).

A fin de hacer funcional lo descrito se ha previsto un modelo de atención en salud para la población privada de la libertad

#### **4.3.1.5.1 MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA**

El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, está regulado mediante la Resolución 5159 de 2015, la cual fue modificada mediante la Resolución 3195 de 2016, que incluyó como destinatarios a las entidades que administran los regímenes contributivos, especiales o de excepción, para la prestación de servicios, con énfasis en atención intramuros y con un sistema de referencia y contrarreferencia a los servicios de salud extramuros (33).

Cada uno de los centros de reclusión cuenta con un área destinada a prestar servicios de salud intramurales (unidad de atención primaria y atención inicial de urgencias) que incluyen la prestación de los siguientes servicios: protección específica y detección temprana, medicina general, psicología, enfermería, odontología, psiquiatría, medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología, apoyo diagnóstico y terapéutico. Estos servicios serán garantizados por un prestador intramural y plantea la disponibilidad de una red extramural contratada para servicios con los que no se cuenta a nivel intramural.

Para las personas privadas de la libertad afiliadas al Sistema General de seguridad Social en Salud el prestador intramural garantiza solamente la atención inicial de urgencias, los demás servicios deben gestionarse con la Entidad Administradora del plan de Beneficios y la persona privada de la libertad debe desplazarse para acceder a ellos.

## **5. MANUAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD A CARGO DEL INPEC**

El documento analizado publicado por la Unidad de servicios Penitenciarios y Carcelarios- USPEC, está disponible en su última versión publicada el 28 de diciembre de 2020, a través de la dirección <https://www.uspec.gov.co/wp-content/uploads/2020/12/Manual-Tecn-Admin-Implement-Modelo-Atenc-Salud-PPL-a-Cargo-INPEC-V01.pdf> (ver anexo)

El documento consta de 64 páginas en las que se desarrollan 3 capítulos a través de los cuales se describe lo que aspira para la implementación del modelo de atención para la población privada de la libertad, cuenta con una breve contextualización donde refiere que el modelo de atención para la población privada de la libertad lo diseñó el Ministerio de salud y Protección Social, dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1709 de 2014, se trata de un modelo integral, con enfoque diferencial y perspectiva de género, del que se espera alta resolutivez intramural por lo que adoptan y adaptan criterios y condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Hace referencia a las diferentes entidades que tienen competencias asignadas dentro del modelo y de la necesidad de articulación y coordinación entre ellas para su adecuado desarrollo. En el capítulo uno; trata los temas relacionados con el sistema de calidad en salud penitenciaria y carcelaria, que toma como referencia los atributos de la calidad de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; describe con detalle las condiciones que debe cumplir el operador que se contrate para la atención intramural, toma algunos de los criterios de habilitación definidos para las IPS dentro del Sistema General de seguridad Social en Salud. Asume la gestión del riesgo como estrategia de la Política de Atención Integral en Salud para equilibrar los servicios de salud y los costos, hace parte de esta estrategia la implementación de la política de seguridad del paciente. Se contempla en este capítulo un apartado de humanización y la implementación de un sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud.

En el capítulo dos aborda los servicios de salud para la población privada de la libertad, parte de los conceptos de cobertura y aseguramiento en salud propios del SGSSS, con las especificaciones normativas de aplicación para personas privadas de la libertad en las diferentes formas en que se cumpla la pena intramural, detención domiciliaria o control electrónico.

Posteriormente describe los servicios que se ofertan a nivel intramural y la forma en que las personas pueden acceder a ellos, hace referencia a la posibilidad de ofertar telemedicina y las condiciones que debe cumplir el prestador que atienda bajo esta modalidad. Continúa con la descripción de la forma en que se puede acceder a los servicios según el lugar en que se encuentre recluida la persona, particularmente para los centros de reclusión militar y de policía.

Vinculan a la atención los conceptos de atención individual, colectiva y construcción de rutas de atención, igualmente aborda la atención a población especial para grupos con enfoque diferencial y grupos de atención especial por vulnerabilidad.

Termina el capítulo con un apartado que describe la atención en salud mental y jornadas móviles de atención intramural.

En el capítulo tres, trata la intervención en salud pública desde sus diferentes líneas de acción: promoción de la salud, enfoque de atención primaria en salud, promoción de la salud mental y convivencia, gestión del riesgo en salud y vigilancia en salud pública.

## **SEGUNDA PARTE**

### **6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LAS CATEGORÍAS EXAMINADAS EN EL DOCUMENTO**

Se definieron tres categorías; en el primer grupo están las categorías bioéticas, conformada por 8 principios bioéticos los primeros cuatro definidos por Beauchamp y Childress, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (34); seguidos de los principios definidos en bioética personalista que tienen como finalidad promover el bien íntegro de la persona humana, vértice de lo creado, eje y centro de la vida social: defensa de la vida física, totalidad, libertad y responsabilidad y sociabilidad y subsidiaridad (35).

El segundo grupo corresponde a las categorías administrativas, es necesario incluir aspectos bioéticos en la gestión de recursos técnicos, tecnológicos y financieros para que pueda haber calidad. Por otra parte, la toma de decisiones afecta la salud de las personas, la existencia de indicadores de carácter bioético relacionados con la dignidad, tiempo de espera, tanto para recibir atención como en la instalación de un tratamiento o en la realización de un procedimiento; el trato digno en la atención personalizada, el respeto a la aceptación de un estudio o de un tratamiento y otros indicadores, por ejemplo, la responsabilidad, del paciente y de sus familiares en el cumplimiento de los deberes de autocuidado, en el vasto campo de la prevención y el fomento de la salud y en la adherencia terapéutica (36).

En el tercer grupo están las categorías de salud, basados en la revisión teórica y en los problemas considerados en la literatura se vincularon los momentos de vida que requieren de mayor apoyo y compromiso asistencial por la vulnerabilidad que imprimen a las personas que se encuentran en ellos, de manera que se abordara el cuidado al inicio de la vida, las enfermedades de crónicas de alto costo, la enfermedad mental y los cuidados al final de la vida.

#### **6.1 CATEGORÍAS BIOÉTICAS:**

##### **6.1.1 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA**

El principio de autonomía, en el ámbito médico significa que los valores, criterios y preferencias del enfermo gozan de prioridad en la toma de decisiones, en

virtud de su dignidad como sujeto. Este principio guarda inmediata relación con la cuestión del consentimiento informado de la persona actual o potencialmente enferma. Esto permite una relación más simétrica entre médico paciente, alejando así el antiguo paternalismo médico (34).

Para Tristram Engelhardt el respeto incondicional a la autodeterminación del paciente, que también denomina “principio de permiso”, resulta ser el principio más básico de la Bioética y el que provee de justificación de los demás (37).

Para Kant, la autonomía se fundamenta en el hecho de que los agentes morales tienen dignidad, es decir que no tienen precio y por lo tanto no pueden ser objeto de intercambio (38).

En Colombia la ley 1751 de 2015 menciona la autonomía profesional así: “*Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica*”(39).

Para los fines del presente trabajo se tomará como referencia la definición de autonomía fundada en la inviolable dignidad de la persona humana que puede conciliar el legítimo derecho a la autonomía del que todo ser humano es titular, como aspecto fundamental de su libertad, con la garantía de otros bienes fundamentales (40).

Para que se dé un adecuado ejercicio de autonomía se ha considerado necesario asociar tres temas:

- **Derecho a la información**

La Ley estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 10 hace referencia a derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud, establece en el numeral d) el derecho a obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud (39).

Ahora bien, para que este derecho sea ejercido es necesario garantizar las condiciones indispensables tendientes a que los individuos puedan tomar este tipo de decisiones, esenciales. En otros términos, estas acciones no pueden ser llevadas a cabo si no se cuenta con la información necesaria, que en definitiva permitirá a cada persona elegir libremente, pero evaluando todas las consecuencias de su actuar (41).

- **Derecho a la elección en salud**

Definido a través de la Ley estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 6° Elementos y principios del derecho fundamental a la salud numeral h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación (39).

Por lo tanto, todas las personas adultas y capaces, tienen derecho a realizar opciones, de conformidad con sus propios valores. Como contrapartida, debe primar un absoluto respeto sobre esa libre elección, aun cuando pueda parecer irracional o imprudente (41).

- **Consentimiento informado**

Para evitar que se repitieran las justificaciones de las acciones ocurridas en la Alemania nazi, surgió la doctrina del consentimiento informado, tuvo sus orígenes y primeras aplicaciones en el año de 1947, con la promulgación del Decálogo de Núremberg. Este decálogo nace como respuesta a lo que los investigadores encontraron en la Alemania Nazi y en los territorios ocupados por los alemanes en relación con experimentos que realizaron médicos nazis con seres humanos, los cuales eran sometidos a procedimientos que implicaban dolor, daños físicos y psicológicos irreversibles y hasta la muerte en muchos casos; tales atrocidades, fueron investigadas y juzgadas en la ciudad de Núremberg junto con los crímenes de guerra llevados a cabo por el ejército Alemán durante la Segunda Guerra Mundial, los médicos norteamericanos Leo Alexander y Andrew Comvay Ivy, propusieron un decálogo de normas éticas en la investigación con seres humanos, que luego recibió el nombre de “Código de Núremberg”.

El Código de Núremberg centra su atención en el concepto de la dignidad humana y en la capacidad y libertad que tiene todo ser humano a decidir si participa o no en un experimento médico, a recibir toda la información necesaria y cualificada para la toma de su decisión de participar y el derecho que tiene a abandonar el experimento cuando lo considere necesario (42).

Posteriormente con la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial -AMM como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos, se aborda ampliamente el consentimiento informado (43).

La trascendencia que adquiere la doctrina del consentimiento informado, está basada en el principio de la autonomía del paciente, el derecho que le asiste a decidir sobre su propio cuerpo y a aceptar o no tratamientos médicos. Es un derecho personalísimo que la ley reconoce a todo ser humano (41).

### **6.1.2 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA**

Compromete a proporcionar beneficios a los demás. Es decir, hacer todo el bien al paciente. Hacer el bien, ámbito privado. Obligación moral (44).

Si la no-maleficencia consiste en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios. La utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños. En el lenguaje habitual, la beneficencia hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Si la benevolencia se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad, la beneficencia, en cambio, es un acto realizado por el bien de otros. Pero cuando Beauchamp y Childress hablan del principio de beneficencia no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según estos autores, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos. Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes: protege y defiende los derechos de otros, previene el daño que pueda ocurrir a otros, quita las condiciones que causarán daño a otros, ayuda a personas con discapacidades, rescata a personas en peligro (45).

El pricipialismo jerarquizado de Diego Gracia ubica el principio de beneficencia dentro de los máximos, o aquellos a los que una persona aspira, los que dotan de sentido su actuación moral, la guía de sus comportamientos y convicciones (46).

### **6.1.3 PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA**

Nos obliga a no dañar a los demás. Clásicamente conocido como *primun non nocere* (lo primero no dañar). Es un principio prioritario. No producir daño y prevenirlo, en el ámbito público su incumplimiento penado por la ley (44).

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Aunque la máxima como tal no se encuentra en los

tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no maleficencia expresada en el juramento hipocrático.

Algunos filósofos consideran a la no-maleficencia y la beneficencia como un mismo principio. Para Beauchamp y Childress la obligación de no dañar a otros, por ejemplo, no robar, no lastimar o no matar, es claramente distinta a la obligación de ayudar a otros, por ejemplo, ofrecer beneficios, proteger intereses o promover bienestar. Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida. Beauchamp y Childress en el diseño del principio de no-maleficencia se concentran en «los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales. En particular enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte. Reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes: No mate, no cause dolor o sufrimiento a otros, no incapacite a otros, no ofenda a otros y no prive a otros de aquello que aprecian en la vida (45).

Diego Gracia con su propuesta de jerarquización clasifica el principio de no maleficencia dentro de los mínimos, se refieren a lo público y asegura la integridad física de las personas (46).

## **6.1.4 PRINCIPIO DE JUSTICIA**

Se asocian a este principio los conceptos de equidad e igualdad teniendo en cuenta la estrecha relación que existe entre ellos, y la necesidad de ser aplicado para que se pueda hablar de justicia, a continuación, se mencionarán algunas definiciones de justicia.

Aristóteles, en la *Ética a Nicómaco*, afirma que la justicia es la virtud perfecta, no absolutamente hablando, sino con relación a otro (47).

Respecto al principio de justicia, la primera vez que se habló de él fue en el Informe Belmont, los autores lo entendían como “imparcialidad en la distribución” o “lo que es merecido”. Establecían que se debía hacer un cálculo entre costes y beneficios, entre riesgo y beneficio, y fijaban algunas reglas: 1) a cada persona una participación igual; 2) a cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales; 3) a cada persona de acuerdo con sus esfuerzos individuales; 4) a cada persona de acuerdo con sus méritos (48).

Posteriormente, Beauchamp y Childress intentaron resolver y aclarar el significado de este principio. La justicia *“exige una repartición igual de beneficios y cargas, que evite discriminaciones e injusticias en las políticas e intervenciones de la sanidad. De modo general, una persona ha sido tratada según el principio de justicia si ha sido tratada según lo que es correcto y debido”*(34).

A lo largo de la historia ha habido numerosas teorías de la justicia y modos de entender la justicia social. Las más conocidas han sido la teoría del liberalismo individualista, la teoría utilitarista y el igualitarismo. El liberalismo individualista pone el acento en los derechos a la libertad social y económica. El utilitarismo pone el énfasis en la búsqueda de criterios de maximización del beneficio y minimización del riesgo y el igualitarismo en el igual acceso a los bienes por parte de todos(47).

Como se mencionó inicialmente son parte integral del principio de justicia la equidad y la igualdad por lo que a continuación se hace referencia a estos términos.

- **Equidad - igualdad**

En la perspectiva de los derechos humanos, la equidad en salud adquiere una fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial. *“La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva, acorde con los principios de los derechos humanos”*(49).

Definido a través de la Ley estatutaria 1751 de 2015 en el artículo 5 de obligaciones del estado. j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud para evitar las inequidades en el acceso y en el artículo 6 de elementos y principios del derecho fundamental a la salud numeral c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección (39).

Describir una situación como equitativa requiere identificar lo moralmente adecuado de ciertas distribuciones, ya sean desiguales o iguales. Esto implica que la justicia se refiere a la igualdad, pero los iguales debieran recibir igual tratamiento, mientras que los desiguales debieran recibir un tratamiento desigual, en proporción a las desigualdades moralmente relevantes. El reconocimiento de la diversidad y de las diferencias humanas ha llevado a plantear la necesidad de una sociedad “equitativa” o, en otras palabras, una sociedad *desigualmente justa* (50).

### **6.1.5 PRINCIPIO DE DEFENSA DE LA VIDA FISICA**

La vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre es necesario ser viviente. No se puede ser libre si no tenemos la vida. La vida llega anteriormente a la libertad; por eso, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime así misma (44).

- **Respeto**

El principio de respeto de la vida humana puede ser considerado como el principio eminente de la bioética, por ser aquel que guía e inspira la aplicación de los demás. Se trata del primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás (51).

Lo que está en juego en el respeto de la vida es una razón de justicia ante las personas. La justicia como tal exige que se dé a cada uno lo suyo y lo primero suyo que se debe a alguien es el respeto por su vida. Respeto que implica tanto el resguardo de la vida, a través de la prohibición de atentar contra ella, como también por medio de diversas políticas –por ejemplo, sanitarias– que promuevan su integridad y plenitud.

Es en la Declaración de Ginebra de 1948 donde se habla por vez primera del respeto como actitud ética fundamental en Medicina. El artículo 1.º de las Normas sobre Ética Médica de la Federación Médica Colombiana, de 1981 dice así: “*El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen la esencia espiritual de la Medicina*”(52).

### **6.1.6 PRINCIPIO DE TOTALIDAD**

La persona humana —de suyo libre— con el organismo corpóreo, constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva el Principio terapéutico, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. Se requieren las siguientes condiciones precisas: consentimiento informado de la persona, esperanza de éxito, e imposibilidad de curar la totalidad sin intervención (44).

Este mismo criterio tiene una aplicación particular cuando una acción médica produce dos efectos, uno bueno y otro malo. Se habla entonces del “principio del voluntario indirecto” o de la “acción de doble efecto”. Si, por ejemplo, para aliviar los dolores de un moribundo se aplica morfina –que puede tener el efecto secundario de abreviar su vida–, el acto médico será éticamente aceptable cuando se cumplan

las siguientes condiciones: que el mal no sea directamente querido, sino un efecto secundario del acto principal que en sí mismo es bueno; que existan razones proporcionadas para actuar de esa manera, es decir, que el efecto positivo sea proporcionalmente superior, o al menos equivalente, al efecto negativo(51).

### **6.1.7 PRINCIPIOS DE LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD**

Engloba el concepto de que la persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana. No puede celebrarse la libertad sin celebrar la responsabilidad. Se debe procurar una bioética de la responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres, de los otros seres vivos (44).

Se aducen explicaciones científicas para mostrar las razones del comportamiento humano, todo en el comportamiento humano tiene una explicación racional, desde las necesidades del hombre. Sin embargo, esa explicación racional no "entiende" -paradójicamente- lo primordial del ser humano, su propia experiencia como alguien individual, único, irrepetible, incomunicable en cuanto al ser, pero comunicable en cuanto al entender y el querer, y siempre desde la libertad, desde la primacía de la libertad (53).

El hombre, la persona, se revela como dotado de una intimidad radical desde la cual puede interiorizar todo el mundo y nadie puede arrebatárselo, a la vez que permanece con una radical libertad frente a ese mundo y frente a sí mismo. Aquí se manifiesta la excelencia del ser personal que quiere expresar la palabra "dignidad". El hombre es el único ser verdaderamente libre, profundamente libre, íntimamente libre que hay en nuestro universo material, pero esto no significa que sea completa y absoluta, pues remite siempre al ser libre y, por tanto, a la dignidad del ser humano y de su actuar como persona. La afirmación de una libertad absoluta llevaría a la negación de la propia libertad. En definitiva, es fundamental en el ámbito de la Bioética, entender el valor complementario que tienen la dignidad y la libertad del hombre, sin contraponerlos en falsas disyuntivas. La libertad remite siempre al ser que le da su sentido y la posibilita, a la vez que la limita. No son sólo los condicionamientos que la propia naturaleza física impone como necesarios, sino muy especialmente la presencia de las demás libertades y el descubrimiento de la propia dignidad personal del sujeto que actúa y de los demás con los que se relaciona. Esa diferencia de libertades está siempre presente en el orden del actuar humano, y es precisamente lo que puede multiplicar el poder de la propia libertad individual (53).

La libertad hace referencia directa a un orden moral, a la responsabilidad de sus actos libres en la relación con las demás libertades, por tanto, a unos deberes y derechos, que yo mismo y los demás hemos de respetar. El respeto a la dignidad del hombre, por el hecho de ser persona y libre, es el fundamento de toda ética, de todo deber ser, y de todo reconocimiento jurídico de esos derechos y deberes de la persona. También es vista la responsabilidad como una oportunidad ante la inminente posibilidad de muerte, en la medida que permite hacerse consciente de la vida propia, la de las demás personas y la afectación que desde la incorporación de nuevas tecnologías pueda ocasionarse, en este proceso de muerte por daño real y potencial de los desarrollos tecnológicos y el desconocimiento de sus consecuencias, resulta conveniente retomar la propuesta del filósofo alemán Hans Jonas de una moderación responsable y la formulación de una nueva ética que reflexione más allá de las relaciones inmediatas e incluya a la naturaleza y a las generaciones futuras (54).

### **6.1.8 PRINCIPIO DE SOCIABILIDAD Y SUBSIDIARIDAD**

La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres. La relación social es también ayudada por el concepto de subsidiaridad. Es decir, que todo el bien que puede hacer la persona por sí mismo debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas —en familia o en las libres asociaciones— debe ser respetado también. Pero este principio no termina ahí. También implica que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos, que no tienen posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos, lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria. El “Principio de Subsidiaridad” puede definirse también como Solidaridad (44).

La sociabilidad permite participar de una relacionalidad viva, realizándonos en comunión. En el caso de la salud, la vida no solo es un bien personal, sino un bien social que alcanza su máxima expresión cuando se favorece el bien de cada uno en mutua interdependencia con la vida de los otros, respetando la autonomía y la libertad de los grupos sociales, favoreciendo de esta forma el principio de subsidiariedad (55). Las ideas latentes en las que se fundamentan estos principios nos presentan la realidad del yo individual en un mundo global. Para poder completar al yo individual surge la apertura que favorece la relación interhumana, fomentando la presencia del otro en mi vida para constituir en la mayor plenitud

posible la identidad humana y, al mismo tiempo, la importante novedad de “*ser alguien en el otro*” (56).

En el caso de la promoción de la vida y la salud, implica que todo ciudadano se ha de comprometer a considerar su propia vida y la de los demás como un bien no sólo personal, sino también social. La aplicación de tal principio puede llegar a justificar la donación de órganos y tejidos, aunque ello implique alguna mutilación en el donador. Respecto del principio de subsidiariedad implica por parte de la comunidad, por un lado, el deber de ayudar en mayor medida a las personas que más necesidad tengan de cuidados; dicho de otro modo, sería el deber de cuidar más a quien más necesitado esté de cuidados; y por el otro lado, implica el deber de la comunidad de no suplantar o sustituir la libre iniciativa de los particulares o de grupos, sino de garantizar su funcionamiento.

## **6.2 CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS:**

### **6.2.1 GESTIÓN**

Cuando hacemos referencia a la bioética evocamos de inmediato la imagen del paciente, un hospital y al médico más que otro profesional de la medicina. Mas, sin embargo, además de los médicos y enfermeras en contacto directo con usuarios y su familia; existen otros profesionales en salud como los administradores, hoy gerentes de salud que también son responsables por la atención que reciben los demandantes de servicio. Indudablemente el administrador médico debe tomar decisiones

Una gestión efectiva demanda un empleo efectivo de recursos. En efecto, el uso óptimo de los recursos de una organización es el objetivo primordial del proceso de gestión. Todo dirigente –trátase de un comandante de unidad, del director de un hospital, de un alto funcionario gubernamental, de ejecutivos de organizaciones comerciales– es el responsable de la propiedad de otros individuos. La forma de emplear esas propiedades o bienes, orientadas hacia la calidad total, es la responsabilidad fundamental y la base para juzgar su actuación como directivo(36).

## 6.2.2 ASEGURAMIENTO

Es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficiosos servicios de salud POS, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (8).

## 6.2.3 CALIDAD

La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Se toma como referencia el 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 y las definiciones de características como:

- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (57).
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica 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 (57).
- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (57).
- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.(57)
- **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren(58)

- **Satisfacción del usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas (58).

#### **6.2.4 VIGILANCIA Y CONTROL**

El Estado Colombiano asume la función de rectoría, vigilancia y control, a través del Decreto 1280 de 2002 organiza el sistema de Vigilancia, Inspección y Control del Sector salud, define que son Organismos de Vigilancia, Inspección y Control. Aquellos que tienen asignadas competencias de vigilancia, inspección y/o control del Sector Salud: El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, el Instituto Nacional de Salud -INS, las entidades territoriales y los Tribunales de Ética Médica y Odontológica (59).

También define a quienes se dirige su función así: Son sujetos de Vigilancia, Inspección y Control todas las personas naturales y jurídicas públicas, privadas o mixtas que estén obligadas a cotizar al sistema general de seguridad social en salud y aquellas que cumplan funciones de aseguramiento, financiamiento, administración, generación, gestión, programación, ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud individual y colectiva, tengan o no regímenes excepcionales o excluidos de la Ley 100 de 1993, de acuerdo con las competencias legales asignadas (59).

Para aplicar lo definido en términos de Vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Circular Única, en desarrollo de sus funciones legales, principalmente de la facultad para impartir instrucciones a fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, establece las reglas para efectos de remitir la información obligatoria, por parte de las entidades objeto del presente título y adicionalmente, instruye sobre otros aspectos.

Teniendo en cuenta que el parágrafo del Artículo 4o. del Decreto 1018 de 2007 determina “*Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud*”, el presente aparte se dirige a las entidades en mención (60).

## **6.3 CATEGORIAS DE SALUD**

### **6.3.1 CUIDADO AL INICIO DE LA VIDA**

Atención materno perinatal que comprende todas las intervenciones que se prestan desde la decisión de la fecundidad, la planeación del embarazo y atención perinatal dirigidas a prevenir y tratar complicaciones antes, durante y después del evento obstétrico y la continuidad en el cuidado de la salud de la madre y su recién nacido hasta los 3 años.

### **6.3.2 ENFERMEDADES CRONICAS DE ALTO COSTO**

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS -2016).

La Ley 0972 de 2005 Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

En Colombia se consideran Enfermedades huérfanas aquellas patologías crónicamente debilitantes graves que amenazan la vida, y que tienen una prevalencia menor de 1 en 5.000 personas.

### **6.3.3 ENFERMEDAD MENTAL**

Los trastornos mentales clasificados en el DSM-IV-TR pueden, dependiendo de su intensidad, afectar la salud mental de una persona, comprometiendo, en menor o mayor grado, su capacidad para percibir, interpretar, sentir y actuar con buen juicio, equilibrio, prudencia y cordura. En otras palabras, afecta la funcionalidad, productividad y capacidad de la persona para ejercer su autonomía

personal, implementar su agenda de vida y formar parte en plenitud de la comunidad de humanos a la que pertenece.

El efecto devastador que la enfermedad mental puede generar en un ser humano demanda del apoyo, solidaridad y cuidado de la sociedad, mediante un sistema de atención de la salud mental integrado al sistema de la salud general (61).

La mente humana es el ente ejecutivo del ser humano. Es la mente la que da sentido y dirección a nuestras vidas. Es el conglomerado de mentes humanas lo que le da sentido y dirección a nuestra vida colectiva. No hay salud general si no hay salud mental. No hay salud colectiva si no hay salud mental. La mente es la cuna de la percepción, la inteligencia, la memoria, los impulsos motivadores y el lenguaje, además de nuestros pensamientos, ideas, creatividad, sentimientos, decisiones y acciones. En ella también coexisten nuestros instintos e impulsos más egoístas, territoriales, viciosos, agresivos y destructivos, con aquellos altruistas, virtuosos, constructivos y sublimes.

El estado de incompreensión e indefensión que genera la enfermedad mental hace de las personas que la padecen objeto de estigma, prejuicio, maltrato y marginación. Además, genera en sus familias y en la sociedad una demanda de tiempo y recursos materiales para su atención y cuidado, así como su propia pérdida de productividad. La responsabilidad social aumenta cuando tratamos con seres humanos que, ya al nacer o posteriormente, sufren o padecen una enfermedad mental (62).

### **6.3.4 CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA**

“Los Cuidados Paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal (63).



## TERCERA PARTE

### 7. RESULTADOS

<b>7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS</b>				
<b>CATEGORÍA</b>	<b>CITA</b>	<b>Pag</b>	<b>CONTEXTO</b>	<b>COMENTARIO</b>
<b>AUTONOMÍA</b>	<i>1. Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, <b>autónomo</b> e informado de la sexualidad...</i>	61	Quinta dimensión de salud pública: sexualidad, derechos humanos sexuales y reproductivos.	Solamente se contempla dentro del manual la autonomía desde los derechos sexuales y reproductivos.
Información	<i>1. IEC: sigla para referirse al proceso de Información, Educación y Comunicación, que debe realizar para el caso particular de la PPL, los prestadores de servicios de salud, INPEC y las entidades territoriales, en cada ERON...</i>	8, 48, 49, 50, 54	Dentro de actividades a desarrollar en salud pública.	
	<i>1. Sistema de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la <b>información</b> sobre eventos en salud.</i>	11	Dentro del sistema de Vigilancia Epidemiológica.	
	<i>1. Base de Datos centralizada, unificada e integral para el control total de la <b>información</b> sobre PPL a cargo del INPEC que se encuentran en los ERON.</i>	12	Dentro de Sistema de Información Penitenciario y Carcelario.	
	<i>1. Telemedicina: es la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la <b>información</b> y la comunicación(...)</i>	12	Como herramienta utilizada en telemedicina.	
	<i>1. UPGD - Unidad Primaria Generadora de Datos: es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera <b>información</b> útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA.</i>	13	Vigilancia epidemiológica.	
	<i>1. Contar con un sistema de <b>información</b> en salud que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, clínicos, administrativos, financieros y permita monitorear los atributos de calidad...</i>	15	Requisito para la prestación de servicios de salud, contar con un sistema de información integral.	

## 7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS

CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. El <b>informe</b> mensual que genere el operador contratado, debe ser entregado a la USPEC y al INPEC.	16	Reporte de actividades mensuales realizadas por el operador.	
	1. La USPEC debe <b>informar</b> al INPEC sobre los prestadores que van a ingresar a laborar en los ERON,	16	Reporte de operadores para adelantar procesos de inducción.	
	1. (...) Contar con dosímetro en la categoría respectiva y medición periódica por parte de la ARL con sus respectivos <b>informes</b> que deben estar incluidos en la hoja de la vida.	16	Como reporte, que hace parte de los requisitos para operar servicios donde hay exposición a radiación ionizante.	
	1. Tener un sistema de <b>información</b> eficiente. 2. (...). Cualquier novedad o anomalía, que requiera ser auditada, el comité debe <b>informar</b> a la USPEC, para lo de su competencia. 3. (...) el funcionario asignado debe ser el encargado de <b>informar</b> lo tratado en el comité de seguimiento, una vez se lleve a cabo en la periodicidad definida.	17	Requisito que debe cumplir el prestador de servicios de salud dentro del componente de <b>seguridad del paciente</b> .	
	1. La humanización en el ámbito de la salud es un asunto de ética que propende por brindar una atención cálida, digna y <b>respetuosa del ser humano</b> , sin discriminación, sin emitir juicios de valor, con privacidad, <b>confidencialidad</b> de la <b>información</b> en todos los momentos de la atención, empatía con el sufrimiento, entendiendo sus necesidades y velando por su bienestar.	18	Dentro del componente de humanización de la atención.	
	1. Diseñar y divulgar tanto al cliente interno como externo, los <b>derechos y deberes</b> para que durante la atención le sean respetados sus derechos (por ejemplo: a la <b>información</b> , a la intimidad y confidencialidad, a las decisiones sobre su cuerpo, al respeto por sus creencias, costumbres y valores, entre otros) y exigir el cumplimiento de sus deberes.	18	Dentro del contexto de derechos y deberes.	En el documento se reconoce el derecho a la información.
	1. Son las acciones que se realizan de forma retrospectiva para alertar, <b>informar</b> y analizar la ocurrencia de <b>eventos adversos</b> durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia	19	Dentro de las acciones de auditoría en salud, relacionados con la prioridad en la identificación y manejo de eventos adversos.	importante uso de la información para intervención de eventos adversos.
	1. Trimestralmente el prestador debe elaborar un <b>informe</b> sobre el porcentaje de avance, y finalizada la vigencia debe entregar un <b>informe</b> anual. Durante las auditorías de calidad, se debe verificar este componente.	20	Reporte de adelantos en planes de mejoramiento instaurados dentro de auditoría.	

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. (...)el prestador contratado implemente un sistema de <b>información</b> el cual permita monitorear la calidad de la atención en salud y realizar mejoramiento continuo que impacten en el usuario.</p> <p>2. Proveer <b>información</b> que permita realizar seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad...</p> <p>3. Proveer <b>información</b> a las entidades que lo requieran.</p> <p>4. Garantizar veracidad de la <b>información</b> suministrada por el prestador.</p>	20	Sistema de información para la calidad penitenciaria, lo expresa como requisito que debe cumplir el operador, define las características de la información que se entregue.	
	<p>1. Los comités son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos o temas de importancia, y en el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando <b>información</b> para la puesta en marcha de acciones correctivas o preventivas.</p>	20	Comités como fuentes de información para el emprendimiento de mejoramiento y calidad.	
	<p>1. Para el caso de los menores de tres años que conviven con sus madres en los establecimientos de reclusión la <b>información</b> nominal se obtiene del módulo de atención social del SISIPPEC WEB</p>	22	Aseguramiento datos de identificación de menores que conviven con sus madres en los establecimientos.	
	<p>1. Suministrar <b>información</b> sobre el estado de salud de un PPL. Esta información solo se podrá suministrar de acuerdo a lo estipulado en la norma.</p> <p>2. -RIPS, posteriormente debe digitalizarlos, consolidarlos, validarlos y entregarlos de forma mensual a la USPEC y al INPEC, siendo este el principal insumo para los <b>informes</b>, indicadores de seguimiento y el planteamiento de programas de promoción y prevención.</p> <p>3. Implementación, seguimiento y evaluación del sistema de garantía de la calidad en salud, en todo lo relacionado con la prestación de servicios de salud, (<b>informes</b> e indicadores) cuyos resultados deben ser entregados de forma mensual.</p>	24	Responsabilidad de reporte de datos por el operador.	
	<p>1. <b>Informar</b> al PPL el procedimiento para el acceso a los servicios de salud.</p>	25	Responsabilidad de INPEC con el privado de libertad.	Reconocimiento de la información como un derecho del privado de libertad, asignación de responsabilidad al INPEC.

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. (...) para planeación de la atención y su modificación, desde la medición cuantitativa de riesgos definida, a partir del SISIPPEC y demás <b>información</b> disponible.</p> <p>2. Instruir a la entidad fiduciaria para la contratación del Sistema de <b>Información</b> de salud garantizando interoperabilidad con el SISIPPEC a cargo del INPEC.</p>	26	Responsabilidades de USPEC, en cuanto a la disponibilidad de información para contratar la planeación de los servicios de salud. Por otra parte, la competencia de entregar la información necesaria para que la Entidad Fiduciaria contrate el sistema de información.	
	<p>1. Contratar el análisis de la situación de salud de la PPL que incluya el efecto de los determinantes sociales en la misma, para la planeación de la atención y su modificación, realizando la medición cuantitativa de riesgos, a partir del SISIPPEC, de la <b>información</b> suministrada por los prestadores de los servicios de salud y demás información disponible.</p> <p>2. Con envío mensualmente a la USPEC e INPEC, en formato digital compatible con los sistemas de <b>información</b> del INPEC y el Ministerio de Salud y Protección Social</p>	27	Responsabilidades de la Entidad Fiduciaria, de contratar el análisis de la situación de salud de la población privada de la libertad a partir de la información reportada por los operadores y demás disponible. Obligación de entregar información y condiciones de la misma.	
	<p>1. . El coordinador de la UAP debe dar a conocer al director del ERON con copia al responsable de tratamiento y desarrollo (Sanidad) del INPEC, mediante <b>informe</b> mensual, la gestión programada para el periodo, el cargo de coordinación debe estar claramente establecido en el contrato.</p>	27	Establece periodicidad de entrega de informe de gestión programada.	
	<p>1; La <b>información</b> aportada en el examen de ingreso permite conocer las patologías que en la actualidad presenta el PPL, identificar los riesgos a los cuales está expuesto, hacer una caracterización de la población en general.</p>	29	Examen de ingreso.	

## 7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS

CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1.(...) lleva a cabo un proceso de inclusión, previo cruce de bases de datos con el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de que el listado censal de cada semana, cuente con la <b>información</b> actualizada de los PPL inactivos en el SGSSS y por ende cubiertos por el Fondo.</p> <p>2. Si la cobertura en salud se realiza con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para la PPL: Es responsabilidad de Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC del ERON realizar toda la gestión administrativa para garantizar el acceso a los servicios de salud (incluye generación de autorizaciones, trámite de citas en todos los niveles de atención) cumpliendo el procedimiento referencia y contrarreferencia Fondo PPL, para lo cual el CRM debe <b>informar</b> la necesidad de atención médica al establecimiento.</p> <p>3. Si la prestación de servicios de salud se realiza través del régimen contributivo: La PPL perteneciente a este régimen, debe ser atendida en la red prestadora de la EPS a la que se encuentre afiliado. En caso de urgencia el CRM trasladará a la IPS más cercana que cuente con este servicio e <b>informará</b> al establecimiento de Reclusión.</p> <p>4. La población privada de la libertad tiene derecho a una atención inicial de urgencia o prioritaria en caso de que haya una alteración de salud física y/o mental que lo amerite, para lo cual se debe <b>informar</b> a la unidad de guardia que custodia el patio a fin de que se garantice la salida de la PPL a la UAP.</p>	31, 32, 36	Aseguramiento verificación de derechos, necesaria para gestionar servicios de salud.	
	<p>1. La telemedicina se define como la prestación de servicios médicos a distancia y para su implementación se emplean tecnologías de la <b>información</b> y...</p> <p>2. El área de sistemas de <b>información</b> garantizará la conectividad.</p> <p>3. El área de sistemas de <b>información</b> realizará las recomendaciones técnicas que amerite sobre el cableado estructurado que se requiera.</p>	36	Responsabilidades del INPEC en cuanto a servicios por telemedicina	
	<p>1. <b>Informar</b> a la PPL en qué consiste la modalidad de telemedicina, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención</p>	37	Responsabilidad del prestador de salud en telemedicina	Reconocimiento del derecho a la información de riesgos y beneficios de atención bajo la modalidad de telemedicina.

## 7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS

CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. conexión a internet (conectividad) con una velocidad y ancho de banda que permita garantizar durante la consulta y/o transmisión de <b>información</b> la prestación de servicios bajo esta modalidad.</p> <p>2. Garantizar el mantenimiento de los equipos de captura, transmisión y almacenamiento de datos e imágenes para garantizar la calidad de la <b>información</b>, el seguimiento de protocolos y la continuidad del servicio.</p> <p>3. Contar con los dispositivos periféricos necesarios, de acuerdo con el tipo de servicios ofrecidos, de manera que se garantice la obtención de la <b>información</b> requerida por el centro de referencia para realizar el diagnóstico</p>	37	Responsabilidad del prestador-centro de referencia en la prestación de servicios por telemedicina.	
	<p>1. Responder oportunamente los requerimientos de los establecimientos en relación a las dificultades que se presentan con los prestadores contratados, <b>informando</b> las medidas implementadas para superarlas ...</p> <p>2. <b>Informar</b> la red extramural con contrato vigente y los servicios contratados a la Subdirección de Salud y a los establecimientos de reclusión cada tres meses o las veces que surjan novedades o se modifiquen.</p>	39	Responsabilidades de la Entidad Fiduciaria dentro del procedimiento de referencia y contrarreferencia	
	<p>1. Realizar <b>informe</b> brigada donde este el horario de inicio, fecha y cierre de la jornada, el alcance de la brigada en cobertura y servicios prestados y los pendientes para dar continuidad al tratamiento instaurado.</p>	40	Obligación del operador de hacer reporte de resultados de brigadas intramurales.	
	<p>1. En el evento de tener sistematizada la <b>información</b>, ésta debe contar con una plataforma amplia y suficiente donde se registren todas las atenciones realizadas por parte del prestador de servicio de salud...</p> <p>2. Si una persona privada de la libertad requiere copia de la historia clínica, deberá solicitarla por escrito al responsable de la UAP quien le <b>informa</b> el número de folios que contiene el documento para que sea asumido el costo por la PPL...</p> <p>3. En caso de que a la PPL se le determine libertad condicional, libertad por culminación de pena, beneficio de prisión o detención domiciliaria, puede requerir copia de su historia clínica previa solicitud al responsable de atención y tratamiento de sanidad del ERON, quien le <b>informa</b> el número de folios ...</p>	41, 42	Historia clínica: en particular en lo referente condiciones que debe cumplir una historia clínica sistematizada. Referencia a mecanismos para que la persona privada de la libertad acceda a la copia de su historia clínica.	No hay referencia explícita a la confidencialidad de la información registrada en la historia clínica, sin embargo, registra que el manejo se realizará de acuerdo a la legislación vigente.

## 7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS

CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. <i>Intervenciones Poblacionales, con atenciones dirigidas en su conjunto para que modifiquen entornos, contextos y condiciones sociales, económicas culturales o ambientales; con el fin de potenciar la salud, el bienestar y el desarrollo humano; a través de mecanismos como: políticas públicas, normas, participación social, información en salud con medios masivos.</i></p> <p>2. <i>Demanda inducida a través de la estrategia de información educación y comunicación IEC. Para la identificación y gestión del riesgo a través de la implementación de las estrategias de IEC...</i></p> <p>3. <i>Dicha matriz se encuentra protegida para cambios y se permite el acceso de los ERON únicamente en su fila, no pueden registrar información en filas diferentes.</i></p> <p>4. <i>hacer seguimiento a jornadas de captación de sintomáticos respiratorios – toma de muestra para diagnóstico de tuberculosis; esta información será consignada así:</i></p> <p>5. <i>Toda la información registrada en Drive, es analizada por la Subdirección de Atención en Salud-Grupo de Salud pública...</i></p> <p>6. <i>Los indicadores de gestión del riesgo en salud pública se miden a partir de la información suministrada por la matriz “Seguimiento Gestión del Riesgo en Salud Pública”; son evaluados y analizados...</i></p> <p>7. <i>Indicadores de Gestión del Riesgo a través de la Estrategia de Información, Educación, Comunicación – IEC.</i></p> <p>8. <i>La información que se genera como resultado de la ejecución del examen de ingreso se convierte en uno de los principales insumos para realizar las intervenciones en Salud Publica...</i></p> <p>9. <i>Registro examen de ingreso EMI – remisión a servicios” y “Registro Examen de Egreso EME”. Esto con el fin de obtener información relevante a partir de la ejecución del mismo. Este instrumento en Excel, debe ser diligenciado por la institución prestadora de servicios de salud intramural del ERON y posteriormente sanidad del establecimiento debe enviar a la regional de su jurisdicción esta información durante los tres (3) primeros días hábiles del mes siguiente. La dirección regional durante los siete (7) primeros días hábiles del mes siguiente, revisa y consolida la información, luego la envía a la Subdirección de Atención en Salud – Grupo de Salud Pública (GRUSA) para la toma de decisiones de forma oportuna, retroalimentar la ejecución del mismo y realizar los informes de gestión que resulten procedentes...</i></p> <p>10. <i>Para la gestión del riesgo en salud pública, con relación al examen de médico de Egreso- EME se requiere precisar que, cuando la persona es trasladada a otro establecimiento y presenta un EISP, sanidad debe informar su condición en salud, a fin de tomar las medidas sanitarias pertinentes en el ERON correspondiente; así</i></p>	43, 48, 49, 50, 51, 54, 58. 59, 60, 61	<p>Salud pública: hace referencia a las intervenciones poblacionales desde la estrategia de información, educación y comunicación. La cual se describe en los diferentes pasos, desde la inducción a la demanda, la identificación y gestión del riesgo, generación de indicadores y manejo de herramientas implementadas para el seguimiento. Por otra parte, haciendo referencia a la disponibilidad y manejo de información dentro de los eventos de interés en salud pública, la articulación con entes territoriales y en general en Sistema de vigilancia Epidemiológica.</p>	<p>Es importante que aborda el tema de confidencialidad en el manejo de la información derivada principalmente de eventos de interés en salud pública.</p>

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p><i>mismo, si la persona obtiene su libertad y presenta un EISP, sanidad del ERON debe informar a la Entidad Territorial de su jurisdicción...</i></p> <p><i>11. SIVIGILA Implementar las recomendaciones entregadas en los informes, mesas de trabajo, actas realizadas y otros documentos entregados por la Secretaría de Salud de su jurisdicción (solicite copia de los informes y otros soportes).</i></p> <p><i>12. Solicitar a la Entidad Territorial que realice visita de 48 Horas y Visita de cierre de brote según los periodos de incubación de cada evento y remitir todos los informes.</i></p> <p><i>13. Suministrar información a todos los contactos de los casos sobre el Evento de Interés en Salud Pública, y la importancia de la consulta en caso de presentar síntomas compatibles, además realizar actividades con enfoque de IEC (información, educación y comunicación) ...</i></p> <p><i>14. en este caso se recomienda informar al laboratorio contratado acerca de la situación que se está presentando y la importancia de obtener los resultados a tiempo.</i></p> <p><i>15. Gestión de salud pública: Reporte de la Información El INPEC opera como Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), pero corresponde al prestador de servicios intramural gestionar el reporte de la información como evento de interés en salud pública, toda vez que el reporte de este evento requiere acceso a información clínica confidencial...</i></p> <p><i>16. la búsqueda activa comunitaria de sintomáticos respiratorios, las actividades bajo la estrategia de información educación y comunicación-IEC...</i></p> <p><i>17. El INS la define como un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición.</i></p>			
Elección	<p><i>1. En desarrollo e implementación de estas disposiciones, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC- por ser la competente debe llevar a cabo la <b>selección</b> de una fiducia mercantil, el cual se encargue de administrar los dineros y garantizar los pagos dispuestos para la prestación del servicio de salud...</i></p>	13	Marco legal asignación de competencia a la USPEC	La posibilidad de elegir, preferir, optar se aplica desde una perspectiva administrativa en cuanto a seleccionar

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. Esta Atención Integral a población especial, debe ir en concordancia con las políticas emitidas por el Estado en atención a población vulnerable, trato humano y humanizado, <b>preferente</b> , permitiendo el acceso, sin discriminación y con énfasis en la inclusión social, en los términos y condiciones exigidos	35	Atención integral a población especial	que entidad administrará los recursos de salud, estrategias para la atención y determinación de priorizar atención para población especial.
	1. Se suministra <b>preferentemente</b> con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual.	45	Dentro de las condiciones definidas para atención primaria en salud.	
Consentimiento informado	1. Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, <b>autónomo e informado de la sexualidad</b> , el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.	61	En salud pública, corresponde a la quita dimensión del plan decenal de Salud Pública 2012 -2021	No hay referencia al tema (aceptación, anuencia, venia, aprobación). Solamente se encuentra referencia de forma indirecta a un ejercicio libre y autónomo de selección dentro del contexto de derechos sexuales y reproductivos, sin referirse expresamente al consentimiento informado.
<b>BENEFICENCIA</b>	1. Calidad de la atención en salud: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. 2. Cobertura en salud: entiéndase como los beneficios en el sistema de salud a las personas privadas de la libertad a cargo del INPEC, que cumplen con los requisitos para la prestación de los servicios de salud a cargo de los recursos del fondo nacional de salud para PPL. 3. Listado censal: es el mecanismo con el cual se identifica la población privada de la libertad a cargo del INPEC, el	6, 11, 12, 15, 42,	No se encuentra dentro del Manual Técnico referencia a la beneficencia como principio.	Se identifica el término beneficio, aplicado principalmente en el contexto de planes de beneficios, y como condiciones a favor de la persona privada de la libertad dentro de las modalidades en

<b>7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS</b>				
<b>CATEGORIA</b>	<b>CITA</b>	<b>Pag</b>	<b>CONTEXTO</b>	<b>COMENTARIO</b>
	<p><i>cual contiene los datos básicos de identificación que permiten establecer los beneficiarios de la cobertura en salud con los recursos del Fondo Nacional de Salud.</i></p> <p><i>4. Sistema único de habilitación: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB.</i></p> <p><i>5. Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.</i></p> <p><i>6. Informar a la PPL en qué consiste la modalidad de telemedicina, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención.</i></p> <p><i>7. En caso de que a la PPL se le determine libertad condicional, libertad por culminación de pena, beneficio de prisión o detención domiciliaria...</i></p> <p><i>8. El responsable del área de jurídica de cada ERON, debe entregar diariamente al área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) el listado de PPL con el beneficio de libertad, a fin de realizarle el examen de egreso. .</i></p> <p><i>9. Para las PPL con beneficio de 72 horas, se debe realizar anotación en la historia clínica sobre su estado de salud.</i></p>			la forma en que cumple la pena.
<b>NO MALEFICENCIA</b>	<i>No se refiere en el documento.</i>		No hay referencias.	No hay referencia a la no maleficencia como principio bioético en el documento.
<b>JUSTICIA</b>	<p><i>1. Toda la normatividad anterior se debe atender bajo las competencias otorgadas por los Decretos 4150 del 2011, 4151 de 2011 y 204 de 2016 del Ministerio de <b>Justicia</b> y del Derecho y la Ley 1709 de 2014, en materia de salud.</i></p> <p><i>2. Así mismo, intervienen de manera indirecta, entidades como: el Ministerio de <b>Justicia</b> y del Derecho, el Ministerio de Hacienda...</i></p>	14, 23	Refiriéndose al Ministerio de Justicia y el Derecho como entidad de la cual dependen la USPEC y el INPEC	No hay referencia a la justicia como principio bioético en el documento.

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
Equidad	1. Atención al usuario que evalúe sistemáticamente la satisfacción de los usuarios respecto del ejercicio pleno del derecho a la salud y la calidad de los servicios recibidos, para lograr el cierre de brechas existentes entre la calidad esperada y la observada y el desempeño de dimensiones como la <b>equidad</b> , eficiencia,	20	Dentro de la evaluación de calidad de los servicios de salud.	Total, vinculación del concepto de equidad, principalmente en el componente de salud pública.
	1. La ley 1751 de 2015 establece "Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la <b>equidad</b> en salud.	43	Salud Pública, como logro esperado de la implementación de políticas públicas.	
	1. Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con <b>equidad</b> y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.	61	Salud pública, tercera dimensión convivencia social y salud mental.	
	1. Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con <b>equidad</b> , en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.	61	Salud pública cuarta dimensión seguridad alimentaria y nutricional.	
	1. Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y <b>equidad</b> social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.	62	Salud pública sexta dimensión vida saludable y enfermedades trasmisibles.	
Igualdad	1. La ley 1751 de 2015 establece "Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las <b>desigualdades</b> de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud,	43	Referencia normativa que orienta el desarrollo del componente de salud pública	Reconoce y adopta el concepto de equidad presentado por la norma para la aplicación explícita en el componente de salud pública.
	1. "La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, <b>igualdad</b> y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud ...	45	Salud pública dentro de la línea de promoción de la salud y como principio de la atención primaria en salud.	

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
DEFENSA DE LA VIDA FISICA	<i>Salud mental: se define como 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.</i>	11	Definición de salud mental.	En el documento se registran las actividades que en salud se aspira implementar a nivel individual y colectivo para resguardar la vida de la población privada de la libertad; se identifica una fuerte intencionalidad en las actividades de salud pública, actividades colectivas.
	<i>1. Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su <b>vida o su salud</b>.</i>	15	Dentro de la definición de oportunidad como característica del sistema de calidad en Salud penitenciaria.	
	<i>1. Garantizar los insumos para la implementación de las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud especialmente las acciones dirigidas al curso de vida de primera infancia y atención materno perinatal.</i>	26	responsabilidades de USPEC en cuanto a proveer insumos para la implementación de la ruta de atención para la primera infancia y atención materno-perinatal.	
	<i>1. Si durante la realización del EMI, a la persona privada de la libertad LGBTI, se le evidencia que ha tenido o tiene tratamientos hormonales y/o transformación corporal, se debe evitar la discriminación que conlleve al deterioro del estado de la salud física o mental, garantizando las mismas oportunidades para gozar de buena salud, de acuerdo con las necesidades y condiciones de <b>vida</b> sin señalamientos de ninguna clase;</i>	30	Continuidad en tratamientos hormonales y demás manejos de personas LGTBI que se identifiquen en el examen de ingreso.	
	<i>1. Intervenciones en salud que deben ejecutarse según el momento de curso de vida y tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud a fin de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud de las personas.</i>	34	intervenciones individuales según curso de vida.	
	<i>1. A los directores de ERON les corresponde impartir instrucciones tendientes a proteger y custodiar la vida y la seguridad del talento humano que presta servicios de salud en el ERON, en cumplimiento a lo previsto en el reglamento interno.</i>	31	Seguridad y resguardo de la vida del talento humano.	

<b>7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS</b>				
<b>CATEGORIA</b>	<b>CITA</b>	<b>Pag</b>	<b>CONTEXTO</b>	<b>COMENTARIO</b>
	<i>1. Las actividades establecidas para primera infancia solamente se realizan hasta los 3 años para los menores que conviven con sus madres en los establecimientos de reclusión, a nuestra población no aplican las actividades establecidas para el curso de vida infancia y adolescencia.</i>	34	Actividades destinadas a niños hasta los tres años.	
	<i>1. Cuando se requiere sustitución de la detención preventiva por grave enfermedad incompatible <b>con la vida</b> en reclusión, previo dictamen de medicina legal y el juez determine si el imputado o acusado debe permanecer en clínica u hospital.</i>	38	Incompatibilidad de enfermedad y vida en prisión.	
	<i>1. Se orienta a fomentar la salud y calidad de <b>vida</b> de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad.</i>	45	Atención primaria en salud.	
	<i>1. La 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.</i>	46	Salud mental.	
	<i>1. La estrategia que integra y articula a los actores del sector salud en el Sistema Penitenciario y Carcelario, desde los prestadores de servicios de salud intramurales, el Consorcio Fondo de Atención en Salud para la PPL, la USPEC y el INPEC, quienes en conjunto en cada uno de los departamentos, municipios y distritos, se articulan con las Entidades Territoriales y las entidades del orden nacional, como son el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de identificar, evaluar e intervenir los riesgos en salud para las personas privadas de la libertad, orientada al logro de resultados y contribuir a un mejor nivel de calidad de vida de la población.</i>	47	Gestión del riesgo.	
	<i>1. El registro de seguimiento de sintomáticos respiratorios, se realiza mensualmente, a fin de hacer seguimiento a posibles casos nuevos de Tuberculosis que se puedan detectar tempranamente al interior de los ERON, para así ser garantes de calidad de vida en reclusión.</i>	49	Seguimiento a sintomático respiratorio.	
	<i>1. Cuando se requiere sustitución de la detención preventiva por grave enfermedad incompatible con la vida en reclusión, previo dictamen de medicina legal y el juez determine si el imputado o acusado debe permanecer en clínica u hospital, la red debe contar con una institución que permita el manejo integral de la patología conceptualizada por medicina legal y que ésta permita que se apliquen los procesos de custodia y vigilancia que requiere el privado de libertad.</i>	57	Salud pública, vacunación como protección de la vida.	

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. Esta dimensión se define como el conjunto de políticas, planificadas y desarrolladas de manera transitoria, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la <b>calidad de vida</b> y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.	60	Salud pública primera dimensión, salud ambiental.	
	1. Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una <b>vida sana</b> en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de <b>vida saludables</b> en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.	61	Salud pública, segunda dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.	
	1. Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del <b>ciclo de vida</b> , promoviendo modos, condiciones y <b>estilos de vida saludables</b> en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.	62	Salud pública, sexta dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.	
TOTALIDAD	1. En los establecimientos donde la capacidad instalada no garantiza una alta resolutivez, se debe garantizar la prestación de servicios de salud en atención primaria bajo la modalidad de jornadas móviles médicas y odontológicas periódicas, con acceso a la <b>totalidad</b> de la población para dar cumplimiento al MAS.	27	Jornadas móviles como estrategia para garantizar el acceso de la población privada de la libertad a los servicios definidos en el Modelo de Atención en Salud.	Aplica el término desde la perspectiva de acceso para toda la población y para definir las diferentes actividades que hacen parte del examen de ingreso.
	1. La <b>totalidad</b> de actividades que se deben realizar para ejecutar del examen de ingreso, se encuentran descritas en el procedimiento de examen de ingreso...	31	Componentes del examen de ingreso	
LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD	1. Definir las acciones para la implementación de las <b>responsabilidades</b> de cada uno de los actores en salud, del Sistema Penitenciario y Carcelario, según la legislación vigente.	4	Objetivo específico dentro del proceso de gestión de suministro de bienes y prestación de servicios de la USPEC	
	1. Este es un documento interinstitucional con <b>responsabilidades</b> de los actores del Fondo Nacional de Salud PPL, conforme a lo establecido en el Decreto 2245 de 2015 y 1142 de 2016	4	Marco normativo que define competencias y alcance del documento.	

## 7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS

CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. Modelo de atención en Salud – M.A.S: Adoptado mediante las Resoluciones 5159 de 2015 y 3595 de 2016, comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los prestadores y los recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a la PPL, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema de salud penitenciario, su capacidad resolutive, la <b>responsabilidad</b> sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.	9	Modelo de atención en salud-MAS	Dentro de esta definición del modelo se plantea que tiene una responsabilidad sobre las personas que demandan servicios.
	1. Vigilancia en salud pública: función esencial asociada a la <b>responsabilidad</b> estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.	13	Vigilancia en salud pública	
	1. En este orden de ideas, habiéndosele definido tanto a la USPEC como al INPEC, la responsabilidad de implementar el citado Modelo de Atención en Salud para las PPL. 2. Así las cosas, se hace necesario que, a través del presente manual se definan de manera concreta y práctica, las funciones, alcances y responsabilidades que tiene cada uno de los actores en torno al proceso y garantía de la atención en salud efectiva a la PPL.	13	Competencias en implementación del modelo.	
	1. Están compuestos por equipos interfuncionales que tienen una <b>responsabilidad</b> directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad, y establezcan acciones concretas para garantizarla; su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad sobre las <b>responsabilidades</b> de cada comité y sobre sus aportes al funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.	20	Comités como espacios de los que se espera aporten para el mejoramiento calidad de los servicios de salud.	
	1.La dirección del establecimiento debe entregar a la PPL la certificación de estado de domiciliaria con el cual se da viabilidad al proceso de afiliación al SGSSS, el proceso de afiliación es <b>responsabilidad</b> de la PPL, bajo los términos que definen las Resoluciones 4005 y 5512 de 2016.	22	Aseguramiento.	
	1. <b>Responsabilidades</b> de los prestadores del servicio de salud intramural. 2. El incumplimiento de las <b>responsabilidades</b> estipuladas en este manual, según sea la falta, puede generar apertura de investigaciones o terminación unilateral de contrato.	23, 25	Competencias del prestador intramural.	

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. <b>Responsabilidades</b> de la USPEC</p> <p>2. Todas las demás responsabilidades, definidas en el Artículo 2.2.1.11.3.2 del Decreto 1142 de 2016 y las definidas en el modelo de atención en salud y las demás normas que modifiquen y aclaren, según la normatividad vigente que refieran a la USPEC; y aquellas que se encuentren en concordancia con su misión, en el marco de lo definido del Decreto 4150 de 2011 y la Ley 1709 de 2014.</p>	26	Competencias de USPEC	
	<p>1. <b>Responsabilidades</b> de la entidad fiduciaria</p> <p>2. Se debe entender como instrucción directa al Fideicomisario, mediante el presente Manual, las siguientes <b>responsabilidades</b> de la entidad fiduciaria sin perjuicio de las incluidas en el contrato de fiducia mercantil que se suscriba, las cuales se encuentran en estricta consonancia con dicho contrato:</p>	26	Competencias de la Entidad fiduciaria	
	<p>1. Es <b>responsabilidad</b> del funcionario de tratamiento y desarrollo (sanidad) INPEC, realizar el respectivo cronograma de atención mensual, dirigirse a los patios del ERON, en compañía de un auxiliar de enfermería de la UAP a fin de verificar qué PPL requieren atención médica y odontológica.</p>	31	Programación de citas.	
	<p>1. Si la cobertura en salud se realiza con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para la PPL: Es <b>responsabilidad</b> de Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC del ERON realizar toda la gestión administrativa para garantizar el acceso a los servicios de salud (incluye generación de autorizaciones, trámite de citas en todos los niveles de atención)</p> <p>2. Si la cobertura en salud se realiza con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para la PPL: Es <b>responsabilidad</b> del CRM realizar toda la gestión administrativa para garantizar el acceso a los servicios de salud, ante el contact center que se contrate para la generación de autorizaciones de servicios de salud.</p>	32, 33	Competencia en la gestión de citas de personas privadas de la libertad internas en Centros de reclusión Militar	
	<p>1. Las responsabilidades de las instituciones frente al servicio de telemedicina</p> <p>2. <b>Responsabilidades</b> del INPEC.</p> <p>3. <b>Responsabilidades</b> del Prestador de salud intramural.</p> <p>4. <b>Responsabilidades</b> del prestador-centro de referencia.</p> <p>5. <b>Responsabilidades</b> de la USPEC.</p>	36, 37	Competencias de cada entidad en servicios por telemedicina	
	<p>1. <b>Responsabilidades</b> del prestador intramural.</p> <p>2. <b>Responsabilidades</b> del Prestador Extramural.</p> <p>3. <b>Responsabilidad</b> de la Entidad Fiduciaria.</p> <p>4. <b>Responsabilidad</b> del INPEC.</p> <p>5. <b>Responsabilidad</b> de la USPEC.</p>	38, 39	Competencias de cada entidad en el sistema de referencia.	

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Responsabilidades</b> del prestador intramural.</li> <li>2. <b>Responsabilidades</b> del Prestador Extramural.</li> <li>3. <b>Responsabilidad</b> de la Entidad Fiduciaria.</li> <li>4. <b>Responsabilidad</b> del INPEC.</li> <li>5. <b>Responsabilidad</b> de la USPEC.</li> </ol>	40, 41	Competencias de cada entidad en la realización de jornadas móviles.	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Salud Pública, es la <b>responsabilidad</b> estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida.</li> <li>2. "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de <b>autorresponsabilidad</b> y autodeterminación.</li> <li>3. Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la <b>responsabilidad</b> del Estado para la afectación de determinantes sociales de la salud.</li> <li>4. El equipo de salud debe educar a la PPL desde el ingreso al ERON, acerca de sus deberes y <b>responsabilidades</b> en el autocuidado.</li> <li>5. En cumplimiento a la resolución 5159 de 2015 y 3595 de 2016 del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, establece en el capítulo 5° Salud pública, artículo 5.2 la gestión del riesgo en salud, "entendida como el proceso que permite analizar e intervenir los riesgos colectivos en salud"; define además las <b>responsabilidades</b> de los actor es en materia de salud pública y ordena al prestador de servicios de salud, implementar las actividades de gestión del riesgo, definidas por la USPEC y el INPEC; de igual manera en su artículo.</li> <li>6. Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la <b>responsabilidad</b> del Estado para la afectación de determinantes sociales de la salud.</li> <li>7. define además las <b>responsabilidades</b> de los actores</li> <li>8. El equipo de salud debe educar a la PPL desde el ingreso al ERON, acerca de sus deberes y responsabilidades en el autocuidado.</li> </ol>	43, 44, 45	Salud pública, atención primaria y gestión del riesgo.	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La notificación es una <b>responsabilidad</b> obligatoria, a cargo de los prestadores de servicios de salud intramurales, cuyo seguimiento al cumplimiento de dicha actividad está a cargo del responsable de Tratamiento y Desarrollo del INPEC, en el ERON.</li> <li>2. Con relación a la construcción, mantenimiento y dotación de las áreas de</li> </ol>	52	Vigilancia en salud pública	

7.1 RESULTADOS CATEGORIAS BIOETICAS				
CATEGORÍA	CITA	Pag	CONTEXTO	COMENTARIO
	<i>aislamiento en los establecimientos de reclusión, están bajo la <b>responsabilidad</b> de la USPEC.</i>			
SOCIABILIDAD Y SUBSIDIARIDAD	<i>1. Red de prestación de servicios: es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, <b>subsidiariedad</b> y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia que busca garantizar la calidad de la atención en salud intramural y extramural, ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.</i>	10	Principio vinculado a la conformación de la red de prestación de servicios.	Se aplica el concepto de subsidiariedad desde el aseguramiento
	<i>1. Con la expedición del Decreto 1142 del 15 de julio de 2016, que modifica parcialmente algunos artículos del Decreto 2245/15 especialmente en lo relacionado con el aseguramiento y cobertura en salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC, incluye dentro del ámbito de aplicación a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, y establece que la atención en salud de las personas en prisión domiciliaria deba ser garantizada por una EPS del régimen <b>subsidiado</b> o contributivo, según cumplimiento de requisitos del PPL, y para el caso particular de los afiliados al régimen <b>subsidiado</b>, se reglamenta por las Resoluciones 4005 del 2016 y 5512 del 2016, del Ministerio de salud y protección social. 2. NOTA: La PPL intramural que continúe reportada por la ADRES como afiliada activa al régimen <b>subsidiado</b>, debe ser incluida en el proceso de retiros mensual y quedará bajo la cobertura y atención del Fondo Nacional de Salud, desde el momento de su reseña. 3. Afiliado al régimen <b>subsidiado</b> como población especial, bajo los términos de las Resoluciones 4005 y 5512 de 2016. 4. Para el caso de los menores de tres años que conviven con sus madres en los establecimientos de reclusión la información nominal se obtiene del módulo de atención social del SISIPEC WEB, el cual es diligenciado y actualizado por las áreas de tratamiento y desarrollo – psicosocial de cada establecimiento de reclusión, durante su permanencia en el establecimiento los menores que se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en el régimen contributivo o <b>subsidiado</b> continúan bajo la cobertura de dicho régimen y su atención está a cargo de sus respectivas EAPB, los menores que no cuentan con afiliación son ingresados al listado censal para la cobertura en salud con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud.</i>	14, 22	Dentro del contexto de aseguramiento refiriéndose al régimen subsidiado.	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
GESTIÓN	1. <i>Generador: es la persona natural o jurídica que produce residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Manual de Procedimientos para la <b>Gestión</b> Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia MPGIRH – Ministerio de Salud – Ministerio del Medio Ambiente).</i>	8	Manejo de residuos	Vincula conceptos de responsabilidad en el manejo de residuos y por tanto de la afectación que estos pueden causar al ambiente.
	1. PIGA: Plan Institucional de <b>Gestión</b> Ambiental.	9	Ambiental	
	1. PGIRASA: Plan de <b>Gestión</b> Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras actividades.	9	Residuos generados por atención en salud	
	1. El Ministerio de Salud define la <b>Gestión</b> Integral del Riesgo en Salud –GIRS, como una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población	17	Gestión del riesgo	Se contempla la gestión orientada a control del riesgo, con una tácita inclinación al aspecto económico.
	1. Definir y operativizar el sistema de reporte y <b>gestión</b> del evento adverso.	18	Seguridad del paciente	
	1. Proveer información que permita realizar seguimiento y evaluación de la <b>gestión</b> de la calidad a la atención en salud y realizar procesos de mejoramiento.	20	Sistema de información para la calidad penitenciaria.	
	1. Realizar la identificación y <b>gestión</b> del riesgo individual y colectivo de la PPL.	23	Responsabilidad de prestador intramural.	Visión de la gestión desde las competencias de cada entidad, muy relacionadas con el riesgo y aspectos normativos de calidad.
	1. El Modelo de Atención en Salud, se concibe a partir de la Ley 1709 de 2014, como un modelo integral, con enfoque diferencial y perspectiva de género, en donde confluyen de manera directa: la USPEC, atendiendo la <b>gestión</b> del suministro del servicio de salud mediante la contratación de la entidad fiduciaria... 2. Garantizar la entrega de insumos para la implementación de los planes de <b>gestión</b> integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA.	23, 26	Responsabilidad de la USPEC en suministro para la ejecución de servicios de salud.	
	1. Realizar la <b>gestión</b> administrativa para ingreso y egreso de equipos biomédicos por parte del prestador de servicios de salud.	25	Responsabilidad del INPEC	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. El coordinador de la UAP debe dar a conocer al director del ERON con copia al responsable de tratamiento y desarrollo (Sanidad) del INPEC, mediante informe mensual, la gestión programada para el periodo, el cargo de coordinación debe estar claramente establecido en el contrato.	27	Informes mensuales de actividades.	
	1. Si la cobertura en salud se realiza con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para la PPL: Es responsabilidad del CRM realizar toda la gestión administrativa para garantizar el acceso a los servicios de salud...	32	Actividades que se deben realizar para que una persona privada de la libertad en un Centro de reclusión Militar acceda a servicios de salud.	Relación de la gestión con el acceso a servicios de salud.
	1. Teniendo en cuenta lo anterior y partiendo del enfoque preventivo del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad cuyo propósito principal a través de las unidades primarias de atención intramural es la promoción y prevención individual y colectiva, se hace necesario que las instituciones prestadoras de servicio de salud contratadas para dicha atención dentro de sus actividades den estricto cumplimiento a lo plasmado en la normatividad vigente a través de la atención primaria y la <b>gestión</b> del riesgo fortaleciendo la resolutivez en el primer nivel de atención. 2. Para lograr una atención integral a la población privada de la libertad se requiere la caracterización de la población, la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención y la gestión integral del riesgo en salud en coordinación con redes integrales de prestadores de servicios de salud que garanticen la complementariedad en las atenciones. 3. Gestión del aseguramiento.	33	Rutas integrales para promoción y mantenimiento de la salud.	
	1. Se requiere de la coordinación entre INPEC y USPEC para la elaboración del plan de intervenciones colectivas de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública y lo plasmado en el capítulo III de Salud Pública, del presente Manual; la ejecución de dichas acciones requieren la coordinación intersectorial con entidades territoriales, para la implementación de las acciones contempladas en las Resolución 518 de 2015, identificación de la población, su entorno y sus necesidades de intervención, factores de riesgo, vulnerabilidad y factores protectores, la contratación del talento humano para la <b>gestión</b> del riesgo. 2. Intervenciones Colectivas, son las definidas en el plan de intervenciones colectivas PIC; dirigidas a impactar positivamente los determinantes sociales con procedimientos o actividades, para la promoción de la salud y <b>gestión</b> del riesgo, para grupos de población a lo largo del curso de vida, estas intervenciones se definen con fundamento a las prioridades en salud.	34, 43	Intervenciones colectivas	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. Entregar las órdenes que ameritan atención extramural, diariamente al área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) del ERON para continuar con la gestión administrativa, según corresponda.	38	trámite de servicios de salud externos.	
	1. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública. 2. Las políticas de salud para la PPL deben integrar a los diferentes actores intervinientes, entendiendo que la gestión de la salud pública en los ERON está directamente relacionada con la administración de servicios de salud.	44, 45	Salud publica	
	1. La <b>Gestión Integrada para la Salud mental</b> consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia. 2. La transferencia de dichas políticas y lineamientos se desarrolla a través de procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, <b>gestión</b> y coordinación intersectorial y mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias, acorde a lo estipulado en la dimensión “Convivencia social y salud mental del plan decenal de salud pública 2012 -2021”, con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia	46	Salud mental	
	1. Con base en los lineamientos establecidos en el Ministerio Salud y Protección Social, como ente rector del sistema de salud en el país, la estrategia de <b>gestión integral del riesgo de salud-GIRS</b> , 2. La GIRS realiza el seguimiento a las acciones de identificación y manejo del riesgo en salud, implementadas en el ERON por el prestador de servicios de salud, ejecutadas a través de la ruta de <b>gestión del riesgo en salud pública</b> a partir de tres momentos de atención en salud para la PPL. 3. En cumplimiento a la resolución 5159 de 2015 y 3595 de 2016 del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, establece en el capítulo 5° Salud pública, artículo 5.2 la <b>gestión del riesgo en salud</b> , “entendida como el proceso que permite analizar e intervenir los riesgos colectivos en salud”; define además las responsabilidades de los actores en materia de salud pública y ordena al prestador de servicios de salud, implementar las actividades de <b>gestión del riesgo</b> , definidas por la USPEC y el INPEC; de igual manera en su artículo 6.3 <b>Gestión del riesgo</b> determina que la USPEC en coordinación con el INPEC, realizará seguimiento a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deban desarrollar los prestadores de servicios de salud. 4. Para la identificación y <b>gestión del riesgo</b> a través del examen médico de	47, 48,5 0,51, 58,	Gestión del riesgo en salud pública.	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>ingreso-EMI, los operadores intramurales contratados por el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019-CFAS, identificarán el riesgo al realizar el EMI...</p> <p>5. Para la identificación y <b>gestión</b> del riesgo a través de la implementación de las estrategias de IEC, ...</p> <p>6. "Evidencias Seguimiento <b>Gestión del Riesgo Regional</b>"; en él se evidencia a través de soportes como actas, fotografías, copias de volantes, entre otras, las actividades desarrolladas por cada periodo mensual en el año.</p> <p>7. Toda la información registrada en Drive, es analizada por la Subdirección de Atención en Salud-Grupo de Salud pública del INPEC, a través de los indicadores de gestión del riesgo en salud pública.</p> <p>8. "Seguimiento <b>Gestión del Riesgo en Salud Pública</b>" reportando el número de patios o pabellones intervenidos con la estrategia IEC.</p> <p>9. Para la verificación de las regionales sobre el registro de los ERON de su jurisdicción, la matriz está habilitada solo para comentarios (acta 0100 de 10 febrero 2020, oficio DINPE 2020IE0025690 Instrucciones seguimiento gestión riesgo salud pública 2020).</p> <p>11. Para la identificación y gestión del riesgo se hará a través de la revisión de RIPS de consulta externa, emitido por cada profesional en medicina durante el mes. Los resultados de la revisión se registrarán en la matriz mencionada, "Seguimiento <b>Gestión del Riesgo en Salud Pública</b>" ...</p> <p>12. Indicadores <b>Gestión del Riesgo por RIPS</b>.</p> <p>13. Indicadores de <b>Gestión del Riesgo a través de la Estrategia de Información, Educación, Comunicación – IEC</b>.</p> <p>14. indicadores <b>Gestión del Riesgo Identificados a través del EMI</b>.</p> <p>15. <b>Línea de gestión de la salud pública</b></p>			
	<p>1. Los establecimientos deben realizar el requerimiento de necesidades de estas áreas a la Dirección de Gestión Corporativa y a la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC, a fin de gestionarlas ante el competente.</p>	55	Aislamiento sanitario	
	<p>1. Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial</p>	61	Seguridad alimentaria y nutricional	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
<b>ASEGURAMIENTO</b>	<p>1. Con la expedición del Decreto 1142 del 15 de julio de 2016, que modifica parcialmente algunos artículos del Decreto 2245/15 especialmente en lo relacionado con el aseguramiento y cobertura en salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC, incluye dentro del ámbito de aplicación a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión,...</p> <p>2. El INPEC a través de la Subdirección de Atención en Salud establece las actividades para el acceso al aseguramiento o cobertura para la prestación de los servicios de salud a la PPL en modalidad intramural, detención o prisión domiciliaria y vigilancia o control electrónico bajo la custodia y vigilancia del INPEC y los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los ERON.</p> <p>3. Modalidad de aseguramiento de prisión o detención domiciliaria o vigilancia o control electrónico.</p> <p>4. Modalidad de aseguramiento de atención menores de tres años que conviven con sus madres en los ERON.</p> <p>5. Estos servicios se deben prestar a todas las PPL que están el ERON, conforme a su aseguramiento, incluidos los niños y niñas menores de tres (3) años que convivan con sus madres en las reclusiones de mujeres.</p> <p>6. Para avalar la cobertura por el Fondo Nacional de Salud, la Subdirección de Atención en Salud del INPEC, desde el grupo de Aseguramiento en salud, lleva a cabo un proceso de inclusión, previo cruce de bases de datos con el Ministerio de Salud y Protección Social...</p> <p>7. Gestión del aseguramiento.</p>	14, 21, 22, 33,	Cobertura en salud,	
<b>CALIDAD</b>	<p>Definir los lineamientos necesarios para la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad – PPL a cargo del INPEC, para garantizar, a través de su implementación, la continuidad, integralidad, integridad y los criterios de calidad que exige la legislación vigente, con un enfoque preventivo.</p> <p>2. Implementar un sistema de calidad que permita monitorear de forma permanente la prestación de los servicios de salud que se le brindan a la población privada de la libertad, ya sean intramurales o externos.</p>	4	Como característica del proceso de gestión de suministros de bienes y prestación de servicios.	En general el documento acoge los conceptos de calidad y auditoría que se contemplan para el SGSSS
	<p>1. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. 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 (Decreto 1011 / 2006)</p>	5	Definición de auditoría para el mejoramiento de la calidad	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. <i>Calidad de la atención en salud: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.</i></p> <p>2. <i>PAMEC: Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, definida en el Modelo de Atención en Salud para la PPL.</i></p>	6, 9,	Definición de calidad en salud	
	<p>1. <i>IPS - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de <b>Calidad</b> en Salud, pueden ser públicas o privadas y se clasifican en niveles de complejidad de acuerdo a los servicios que habiliten.</i></p>	8	Definición de IPS	
	<p>1. <i>Promoción de la salud mental: es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la <b>calidad</b> de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud,</i></p>	10	Definición promoción de Salud mental	
	<p>1. <i>Red de prestación de servicios: es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia que busca garantizar la <b>calidad</b> de la atención en salud intramural y extramural, ...</i></p>	10	Definición de red de prestación de servicios.	
	<p>1. <i>SOGCS - Sistema Obligatorio de Garantía de la <b>Calidad</b> de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</i></p>	12	Definición SOGCS	
	<p>1. <i>El presente manual se estructura sobre tres (3) grandes capítulos en donde se definen los lineamientos para el Sistema de <b>Calidad</b> en la Salud Penitenciaria y Carcelaria, para los servicios de salud para la población privada de la libertad y la intervención en salud pública.</i></p>	13	Estructura del manual y su componente de calidad	
	<p>1. <i>SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD PENITENCIARIA Y CARCELARIA El proceso de atención en salud debe estar enmarcado dentro de un sistema de <b>calidad</b>, que establezca acciones sistemáticas y continuas que permitan garantizar la calidad y seguridad en la prestación de los servicios y...</i></p>	14	Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. Contar con un sistema de información en salud que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, clínicos, administrativos, financieros y permita monitorear los atributos de <b>calidad</b> en la atención para la toma oportuna de decisiones, cumpliendo con las especificaciones de interoperabilidad establecidas por el Gobierno Nacional.</p> <p>2. La USPEC debe contratar las actividades de auditoría de <b>calidad</b> sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud. El informe mensual que genere el operador contratado, debe ser entregado a la USPEC y al INPEC.</p> <p>3. El prestador de servicios de salud intramural contratado, es el responsable de garantizar el talento humano requerido para prestar los servicios de salud con oportunidad y <b>calidad</b> incluyendo el examen médico, odontológico y psicológico de ingreso y egreso al 100% de la PPL</p>	15, 16	Requisitos para el prestador de servicios de salud	
	<p>1. La formación continua del talento humano en el contexto de la ética, los valores y principios humanísticos encaminada a la transformación de la relación personal de salud-paciente, afianzando la cultura centrada en la calidad del servicio. La capacitación continua brinda al talento humano la oportunidad de adquirir habilidades para la comunicación y el diálogo asertivo, prevención de las agresiones y abusos.</p>	18	Humanización de la atención.	
	<p>1. Implica evaluar, realizar seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios para fomentar la cultura de calidad basada en el cumplimiento de los procesos, procedimientos, actividades y atributos de <b>calidad</b> acorde a lo definido en guías, normas científicas y administrativas, que permitan comparar la calidad observada y la calidad esperada para efectuar los ajustes necesarios y lograr el cumplimiento de los indicadores previamente establecidos del servicio.</p> <p>2. Los niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la <b>calidad</b> en salud.</p> <p>3. Programa de auditoría para el mejoramiento de la <b>calidad</b> de la atención de salud: Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben implementar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.</p> <p>4. Autoevaluación del proceso de Atención en salud desde el cumplimiento de la características o atributos de <b>calidad</b>.</p> <p>5. Atención al usuario que evalúe sistemáticamente la satisfacción de los usuarios respecto del ejercicio pleno del derecho a la salud y la <b>calidad</b> de los servicios recibidos, para lograr el cierre de brechas existentes entre la <b>calidad</b> esperada y la observada y el desempeño de dimensiones como la equidad, eficiencia, acceso, costo y <b>calidad</b>.</p>	19, 20,	Auditoría para el mejoramiento de la calidad	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. Este componente establece que el prestador contratado implemente un sistema de información el cual permita monitorear la calidad de la atención en salud y realizar mejoramiento continuo que impacten en el usuario. Se pretende:</p> <p>2. Proveer información que permita realizar seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad a la atención en salud y realizar procesos de mejoramiento.</p> <p>3. Monitorear la calidad en salud penitenciaria y facilitar la toma de decisiones.</p>	20	Sistema de información para la calidad	
	<p>1. Los comités son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos o de importancia, y en el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la puesta en marcha de acciones correctivas o preventivas.</p>	20	Comités	
	<p>1. Afiliado al régimen contributivo y debe cumplir con los requisitos establecidos en la normatividad vigente (cotización mensual y cancelación de copagos y cuotas moderadoras de atención), en calidad de cotizante o beneficiario.</p>	21	Aseguramiento	
	<p>Implementación, seguimiento y evaluación del sistema de garantía de la calidad en salud, en todo lo relacionado con la prestación de servicios de salud, (informes e indicadores) cuyos resultados deben ser entregados de forma mensual</p>	24	Responsabilidad del prestado de servicios intramural	
	<p>1. Contratar las actividades de auditoría de calidad y concurrencia, que permita la evaluación sistemática y continua de la calidad de los servicios de salud que propicien el adecuado uso de los recursos del Fondo Nacional de Salud.</p>	26	Responsabilidad de la USPEC	
	<p>1, Implementar el Sistema de Calidad en Salud Penitenciario y Carcelario, reportar los indicadores, entregar soportes de atenciones en salud realizadas a la PPL para las respuestas a los requerimientos provenientes de las diferentes entidades,</p>	27	Responsabilidad de cada unidad de atención primaria.	
	<p>1. Contar con todos los equipos biomédicos necesarios requeridos de acuerdo a los servicios a prestar estipulados en el capítulo del Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria y Carcelaria.</p> <p>2. Garantizar el mantenimiento de los equipos de captura, transmisión y almacenamiento de datos e imágenes para garantizar la calidad de la información, el seguimiento de protocolos y la continuidad del servicio.</p> <p>3. Cumplir con el Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria y Carcelaria.</p>	37	responsabilidades del prestador de servicios de telemedicina	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. Este procedimiento debe contar con los registros de calidad de la salida y entrada de la historia clínica al archivo, debidamente soportado y firmado.</p> <p>2. En caso de traslado definitivo de ERON del privado de libertad, debe remitirse con la PPL, la historia clínica completa debidamente organizada, foliada y con los registros de calidad de la salida y entrega de la misma al área de jurídica para que sea remitida al ERON de destino.</p> <p>3. En caso de fallecimiento, la historia clínica debe permanecer en el último ERON en el cual estuvo recluido el privado de la libertad, el prestador entrega mediante oficio al Director del ERON, medio físico o magnético, copia auténtica del documento debidamente organizada y foliada, incluyendo los anexos de la misma que debe reposar en el área de archivo del ERON, para garantizar la custodia y conservación dejando el registro de calidad del ingreso al mismo.</p>	42	Historia clínica.	
	<p>1. La Salud Pública, es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida.</p> <p>2. La ley 1751 de 2015 establece "Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.</p> <p>3. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.</p> <p>4. Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida.</p> <p>5. Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad.</p> <p>6. El equipo de salud está encargado de cuidar de la salud mental y física de la PPL, así como el tratamiento de su enfermedad bajo los mismos estándares éticos y de calidad que la población general.</p>	43, 44, 45,	Salud pública, atención primaria	
	<p>1. evaluar e intervenir los riesgos en salud para las personas privadas de la libertad, orientada al logro de resultados y contribuir a un mejor nivel de <b>calidad</b> de vida de la población.</p> <p>2. El registro de seguimiento de sintomáticos respiratorios, se realiza mensualmente, a fin de hacer seguimiento a posibles casos nuevos de Tuberculosis que se puedan detectar tempranamente al interior de los ERON, para así ser garantes de <b>calidad</b> de vida en reclusión...</p>	47, 49,	Gestión del riesgo.	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. Esta dimensión se define como el conjunto de políticas, planificadas y desarrolladas de manera transitoria, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la <b>calidad</b> de vida y salud de la población, ...	60	Salud publica	
<b>Accesibilidad</b>	1. Red de prestación de servicios: es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia que busca garantizar la calidad de la atención en salud intramural y extramural, ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de <b>accesibilidad</b> , continuidad, o	10	Definición de red de prestación de servicios.	No hay mayor información respecto a las dificultades que implica para el acceso a los servicios de salud la condición de privación de la libertad, teniendo en cuenta que la movilidad está restringida y esta se da en compañía de las personas que se definan por criterios de seguridad.
	1. <b>Accesibilidad</b> : es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud sin ningún tipo de barreras.	15	Características del sistema de calidad en salud penitenciaria y carcelaria	
	1. Autoevaluación del proceso de Atención en salud desde el cumplimiento de las características o atributos de calidad (oportunidad, continuidad, pertinencia, <b>accesibilidad</b> , seguridad).	20	Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad	
	1. Mediante esta modalidad de prestación de servicios se busca garantizar las condiciones de <b>accesibilidad</b> , continuidad, oportunidad e integralidad en los servicios de salud.	38	Sistema de referencia y contrarreferencia, atención extramural	
<b>Oportunidad</b>	1. Se debe garantizar disponibilidad y fácil localización del recurso humano para hacerse presente y atender con la <b>oportunidad</b> requerida el evento en salud.	12	Definición de talento humano	
	1. Telemedicina: es la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la <b>oportunidad</b> en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.	12	Oportunidad en telemedicina	
	1. El prestador de servicios de salud intramural contratado, es el responsable de garantizar el talento humano requerido para prestar los servicios de salud con <b>oportunidad</b> y calidad incluyendo el examen médico, odontológico y psicológico de ingreso y egreso al 100% de la PPL.	16	Competencia del prestador de salud	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. La formación continua del talento humano en el contexto de la ética, los valores y principios humanísticos encaminada a la transformación de la relación personal de salud-paciente, afianzando la cultura centrada en la calidad del servicio. La capacitación continua brinda al talento humano la <b>oportunidad</b> de adquirir habilidades para la comunicación y el diálogo asertivo, prevención de las agresiones y abusos.	18	Humanización de la atención.	
	1. Garantizar por parte del cuerpo de custodia y vigilancia el traslado de los PPL desde patios o pabellones, hacia la UAP para la atención intramural y a las IPS del servicio extramural complementario con la <b>oportunidad</b> requerida y sin barreras de acceso a las citas y	25	Competencias de INPEC.	
	1. Está a cargo del prestador de servicio de salud intramural y/o de la IPS contratada, quienes deben garantizar el acceso con calidad, <b>oportunidad</b> y continuidad; en este sentido, deben contar con el equipo multidisciplinario idóneo en las áreas de psiquiatría, medicina general, enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional y la red	35	Atención intramural	
	1. La telemedicina se define como la prestación de servicios médicos a distancia y para su implementación se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones, al interior de los establecimientos la prestación de este servicio para algunas especialidades de difícil consecución, permite brindar a la PPL continuidad y <b>oportunidad</b> en la resolución de su enfermedad.	36	Telemedicina.	
	1. La modalidad extramural comprende la prestación de los servicios de salud en las IPS externas contratadas por la entidad fiduciaria con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud y también la atención de los PPL afiliados al régimen contributivo, especial o de excepción y que requieren atención en la red de IPS que las EAPB o Prestadores según régimen, a su vez tengan contratadas, a fin de garantizar la continuidad y <b>oportunidad</b> de la atención... 2. Mediante esta modalidad de prestación de servicios se busca garantizar las condiciones de accesibilidad, continuidad, <b>oportunidad</b> e integralidad en los servicios de salud...	38	Referencia y contrarreferencia.	
	1. De esta forma se disminuyen las remisiones extramurales y garantizando una mayor <b>oportunidad</b> y continuidad en el servicio y un seguimiento directo por parte de la UAP en coordinación con Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC.	40	Jornadas móviles	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
Seguridad	<p>1. SOGCS - Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de <b>Seguridad Social en Salud</b>.</p> <p>2. SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>3. se adopten y adapten los criterios y condiciones que configuran al Sistema General de Seguridad en Social en Salud, con referencia a la atención primaria en salud, los principios del modelo integral de atención en salud y las rutas definidas, a fin de darle un contexto resolutivo, oportuno y garantista.</p> <p>4. La Resolución 3280 de 2018 adopta los lineamientos técnicos y operativos de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención materno perinatal y establece las directrices para su operación los cuales son de obligatorio cumplimiento para todos los actores del sistema general de seguridad social en salud incluidos regímenes especiales y de excepción. Los actores deben adaptar la atención en salud de acuerdo a las ...</p> <p>5. hasta la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	12, 34, 45,	SGSSS	
	<p>1. Sistema único de habilitación: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar <b>seguridad</b> a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios...</p>	12	Habilitación	
	<p>1. El proceso de atención en salud debe estar enmarcado dentro de un sistema de calidad, que establezca acciones sistemáticas y continuas que permitan garantizar la calidad y <b>seguridad</b> en la prestación de los servicios...</p> <p>2. <b>Seguridad</b>: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, procedimientos, actividades, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.</p>	14, 15,	Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. La <b>seguridad</b> de paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso.</p> <p>2. Los prestadores de servicios de salud de la población privada de la libertad, deben garantizar una atención segura a todos los usuarios, fomentando la cultura del autocontrol y el reporte, bajo la filosofía no punitiva de mejoramiento continuo, donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado con la implementación de barreras de <b>seguridad</b> eficientes y la consolidación de una cultura institucional</p> <p>3. Contar con una política de <b>seguridad</b> del paciente formulada, implementada y evaluada acorde a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y protección Social.</p> <p>4. Contar con recursos para implementar la política de <b>seguridad</b> del paciente.</p> <p>5. Implementar el programa de <b>seguridad</b> de paciente.</p> <p>6. Promoción de la cultura se <b>seguridad</b> de paciente mediante la implementación de estrategias para incentivar el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales, definición de barreras de <b>seguridad</b> orientadas a su mitigación y el colectivo.</p> <p>7. Contar con el comité que promueva la política de <b>seguridad</b> de paciente, control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos.</p>	17, 18	Seguridad del paciente	
	<p>1. Autoevaluación del proceso de Atención en salud desde el cumplimiento de las características o atributos de calidad (oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad, <b>seguridad</b>)</p>	19	Auditoría en salud.	
	<p>1. Si la PPL se encuentra bajo la cobertura del Fondo y desea recibir atención por parte de una EAPB del régimen contributivo, especial o de excepción, debe diligenciar y firmar el formato de retiro voluntario del Fondo Nacional de Salud, sin embargo, se debe tener en cuenta que la atención por parte de la EAPB inicia una vez se evidencie la afiliación efectiva en el Sistema General de <b>Seguridad</b> Social en Salud, reportada en la Administradora de los Recursos del Sistema General de <b>Seguridad</b> Social en Salud –ADRES.</p> <p>2. (...) el cual es diligenciado y actualizado por las áreas de tratamiento y desarrollo – psicosocial de cada establecimiento de reclusión, durante su permanencia en el establecimiento los menores que se encuentran afiliados al Sistema General de <b>Seguridad</b> Social en Salud –SGSSS en el régimen contributivo o subsidiado continúan bajo la cobertura de dicho régimen...</p>	22	Aseguramiento.	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. Conocer y aplicar el reglamento general del INPEC y el reglamento interno de <b>seguridad</b> del Sistema Penitenciario y Carcelario de cada ERON a cargo del INPEC.</p> <p>2. Prestar los servicios de salud con calidad, oportunidad, <b>seguridad</b>, pertinencia, continuidad e integralidad.</p> <p>3. Manejar la Historia clínica, cumpliendo con todo lo estipulado por la norma (integralidad, custodia, <b>seguridad</b> y confidencialidad) se anexa lineamiento de manejo de Historia Clínica.</p>	23, 24,	Competencias del prestador intramural	
	<p>1. Garantizar el ingreso del personal asistencial, de los medicamentos y dispositivos médicos que se requieran para prestar los servicios de salud, sin dilación y enmarcadas en los procesos de <b>seguridad</b> establecidos.</p> <p>2. Garantizar la <b>seguridad</b> de los profesionales en las áreas de UAP y en las demás áreas donde se desplacen.</p> <p>3. Garantizar por parte del cuerpo de custodia y vigilancia la <b>seguridad</b> de las UAP.</p>	25	Competencias de INPEC.	
	<p>1. La atención se realiza cuando las PPL ingresen a la UAP, conducidos por la unidad del cuerpo de custodia y vigilancia que se disponga, garantizando permanentemente las debidas medidas de <b>seguridad</b> para los prestadores. A los directores de ERON les corresponde impartir instrucciones tendientes a proteger y custodiar la vida y la <b>seguridad</b> del talento humano que presta servicios de salud en el ERON, en cumplimiento a lo previsto en el reglamento interno.</p>	31	Seguridad para prestadores	
	<p>1. Cumplir con todos los protocolos de <b>bioseguridad</b> establecidos en el ERON.</p> <p>2. Aceptar todos los procesos de <b>seguridad</b> y requisita para el ingreso a los ERO</p>	41	Competencias del prestador en jornada móvil.	
	<p>1. Se debe realizar en los momentos previos a la excarcelación de una persona privada de la libertad con medida de suspensión o sustitución de la pena, baja por libertad condicional o libertad por autoridad, para verificar su estado físico, patológico y demás afecciones, a fin de que la persona se afilie al Sistema General de <b>Seguridad Social</b> en Salud, bajo los lineamientos normativos Nacionales vigentes y de continuidad a su atención y prestación de los servicios de salud.</p>	51	Gestión del riesgo en salud pública.	
	<p>1. Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la <b>seguridad</b> alimentaria y nutricional con perspectiva territorial</p>	61	Seguridad alimentaria y nutricional	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
<b>Pertinencia</b>	1. <i>Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.</i>	15	Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria	
	1. <i>Autoevaluación del proceso de Atención en salud desde el cumplimiento de las características o atributos de calidad (oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad)</i>	20	Auditoría en salud.	
	1. <i>Prestar los servicios de salud con calidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad e integralidad.</i>	23	Competencias del prestador intramural	
<b>Continuidad</b>	1. <i>Definir los lineamientos necesarios para la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad- PPL a cargo del INPEC, para garantizar, a través de su implementación, la <b>continuidad</b>, integralidad, integridad y los criterios de calidad que exige la legislación vigente, con un enfoque preventivo</i>	4	Objetivo del proceso de suministro de bienes y prestación de servicios de la USPEC	
	1. <i>garantizar la calidad de la atención en salud intramural y extramural, ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, <b>continuidad</b>, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.</i>	10	Definición de red de prestación de servicios.	
	1. <i>Talento humano: es el recurso humano con formación académica y experiencia laboral requerida en un servicio de salud, garantizando la permanencia y <b>continuidad</b> durante el tiempo para el cual se oferte y se preste el servicio.</i>	12	Talento humano	
	1. <i><b>Continuidad:</b> es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico, ósea prestar la atención sin interrupción.</i>	15	Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria	
	1. <i>El paciente que requiera ser remitido se le garanticen las condiciones para la <b>continuidad</b> de la atención en el lugar de referencia.</i>	18	Humanización de la atención.	
	1. <i>Autoevaluación del proceso de Atención en salud desde el cumplimiento de las características o atributos de calidad (oportunidad, <b>continuidad</b>, pertinencia, accesibilidad, seguridad).</i>	19	Auditoría en salud.	
	1. <i>Prestar los servicios de salud con calidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, <b>continuidad</b> e integralidad.</i> 2. <i>Garantizar la continuidad y adherencia a los tratamientos prescritos por la red externa y por la atención intramural.</i>	23, 24,	Competencias del prestador intramural	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. En la UAP en coordinación con tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC, debe garantizar la <b>continuidad</b> en el manejo de sus patologías	29	Examen de ingreso	
	1. Está a cargo del prestador de servicio de salud intramural y/o de la IPS contratada, quienes deben garantizar el acceso con calidad, oportunidad y <b>continuidad</b> ; en este sentido, deben contar con el equipo multidisciplinario idóneo en las áreas de psiquiatría, medicina general, enfermería, psicología, trabajo social	35	Atención intramural	
	1. La telemedicina se define como la prestación de servicios médicos a distancia y para su implementación se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones, al interior de los establecimientos la prestación de este servicio para algunas especialidades de difícil consecución, permite brindar a la PPL <b>continuidad</b> y oportunidad. 2. Dar <b>continuidad</b> a lo solicitado durante la atención por esta modalidad. 3. Garantizar el mantenimiento de los equipos de captura, transmisión y almacenamiento de datos e imágenes para garantizar la calidad de la información, el seguimiento de protocolos y la <b>continuidad</b> del servicio.	36, 37,	Telemedicina.	
	1. La modalidad extramural comprende la prestación de los servicios de salud en las IPS externas contratadas por la entidad fiduciaria con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud y también la atención de los PPL afiliados al régimen contributivo, especial o de excepción y que requieren atención en la red de IPS que las EAPB o Prestadores según régimen, a su vez tengan contratadas, a fin de garantizar la <b>continuidad</b> y oportunidad de la atención, se debe efectuar lo establecido en el procedimiento de referencia y contrarreferencia. 2. Mediante esta modalidad de prestación de servicios se busca garantizar las condiciones de accesibilidad, <b>continuidad</b> , oportunidad e integralidad en los servicios de salud ... 3. Garantizar los recursos tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización, que permitan la oportunidad, <b>continuidad</b> e integralidad de la atención. 4. Velar porque los documentos generados en la atención extramural (órdenes de cirugía, fórmulas, interconsultas, órdenes para exámenes de apoyo diagnóstico u otras) sean tramitados oportunamente dando <b>continuidad</b> al proceso de atención.	38, 39	Referencia y contrarreferencia.	
	1. De esta forma se disminuyen las remisiones extramurales y garantizando una mayor oportunidad y <b>continuidad</b> en el servicio y un seguimiento directo por parte de la UAP en coordinación con Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC. 2. Dar <b>continuidad</b> al tratamiento que se defina como resultado de esta intervención. 3. Realizar informe brigada donde este el horario de inicio, fecha y cierre de la	40	Jornadas móviles	

<b>7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS</b>				
<b>CATEGORÍA</b>	<b>CITA</b>	<b>Pág.</b>	<b>CONTEXTO</b>	<b>COMENTARIO</b>
	<i>jornada, el alcance de la brigada en cobertura y servicios prestados y los pendientes para dar <b>continuidad</b> al tratamiento instaurado.</i>			
	<i>1. La Ley 1438 de 2011, define a la APS como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la <b>continuidad</b> del mismo,</i>	45	Atención primaria en salud	
	<i>1. Se debe realizar en los momentos previos a la excarcelación de una persona privada de la libertad con medida de suspensión o sustitución de la pena, baja por libertad condicional o libertad por autoridad, para verificar su estado físico, patológico y demás afecciones, a fin de que la persona se afilie al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los lineamientos normativos Nacionales vigentes y de <b>continuidad</b> a su atención y prestación de los servicios de salud. 2. Para la gestión del riesgo en salud pública, con relación al examen de médico de Egreso- EME se requiere precisar que, cuando la persona es trasladada a otro establecimiento y presenta un EISP, sanidad debe informar su condición en salud, a fin de tomar las medidas sanitarias pertinentes en el ERON correspondiente; así mismo, si la persona obtiene su libertad y presenta un EISP, sanidad del ERON debe informar a la Entidad Territorial de su jurisdicción, la condición en salud para que ésta realice el seguimiento a la afiliación, a la <b>continuidad</b> y adherencia a su tratamiento.</i>	51	Gestión del riesgo en salud pública.	
<b>Satisfacción del usuario</b>	<i>Promoción de la salud mental: es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud...</i>	10	Salud mental	
	<i>1. La USPEC por intermedio de la Auditoría de Calidad, debe evaluar con la frecuencia requerida, la suficiencia de la red contratada por la entidad fiduciaria y la satisfacción de los usuarios, por ERON y a nivel Nacional.</i>	15	Requisitos prestadores intramural	
	<i>1. Atención al usuario que evalúe sistemáticamente la satisfacción de los usuarios respecto del ejercicio pleno del derecho a la salud y la calidad de los servicios recibidos, para lograr el cierre de brechas existentes entre la calidad esperada y la observada y el desempeño de dimensiones como la equidad, eficiencia, acceso, costo y calidad.</i>	20	Auditoria en salud	

7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS				
CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
VIGILANCIA Y CONTROL	<p>1. <i>Autoridad sanitaria: entidad jurídica de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, <b>vigilancia y control</b> de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.</i></p> <p>2. <i>IVC: sigla para referirse al proceso de Inspección, <b>Vigilancia y Control</b>, que debe realizar por norma cada entidad territorial.</i></p>	6, 8	Definición de autoridad sanitaria	
	<p>1. <i>Protocolo de vigilancia en salud pública: es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de <b>vigilancia</b> de los eventos de interés en salud pública.</i></p> <p>2. <i>SIVIGILA - Sistema de <b>Vigilancia</b> en Salud Pública: conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.</i></p> <p>3. <i>UPGD - Unidad Primaria Generadora de Datos: es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de <b>Vigilancia</b> en Salud Pública, SIVIGILA.</i></p> <p>4. <i><b>Vigilancia</b> en salud pública: función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.</i></p> <p>5. <i>Comité de <b>Vigilancia</b> Epidemiológica (Decreto 3518 de 2006).</i></p> <p>6. <i>Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública...</i></p> <p>7. <i>Vigilancia integrada de la rabia humana.</i></p> <p>8. <i>El prestador de Servicios de Salud Intramural debe realizar las acciones para detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos, ...</i></p> <p>9. <i>Debe dar cumplimiento a todas las actividades establecidas en los Lineamientos de Vigilancia de INS.</i></p> <p>10. <i>vigilancia de la salud de cuerpo de custodia y vigilancia, trabajadores administrativos y personal de salud.</i></p> <p>11. <i>Búsqueda activa, detectar casos o datos que no fueron notificados a través de la vigilancia rutinaria.</i></p> <p>12. <i>Vigilancia comunitaria- A partir de los casos y riesgos detectados por las comunidades</i></p> <p>13. <i>Entre las acciones intersectoriales deben adelantarse la vigilancia en salud pública, las visitas epidemiológicas...</i></p> <p>14. <i>(...)dentro de este proceso la Secretaría de Salud Municipal, Distrital o</i></p>	10, 11, 12, 13, 21, 44, 53, 55, 60,	Vigilancia en salud pública	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p><i>Departamental</i></p> <p>realizará activamente los COVE (comités de vigilancia epidemiológica) ...</p> <p>15. El INS la define como un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información...</p>			
	<p>1. Registro sanitario: es el documento público expedido por el Instituto Nacional de <b>Vigilancia</b> de Medicamentos y Alimentos - INVIMA - previo el procedimiento tendiente a verificar el cumplimiento de los requisitos técnico - legales y sanitarios. (Decreto 4725 / 2005).</p>	11	Definición de registro sanitario implica a INVIMA	
	<p>1. Reseña: es la descripción y registro técnico de los datos, rasgos o cualidades sobresalientes de una persona. (INPEC, 2013. P.6), esta individualización e identificación de los PPL, es realizada por un personal del cuerpo de custodia y <b>vigilancia</b> debidamente capacitado y certificado por la escuela penitenciaria en identificación dactiloscópica.</p> <p>2. Abstenerse de participar en la toma de decisiones para que un PPL ingrese a la UTE, su principal función es velar por la salud del PPL y en tal sentido, si producto de sus evaluaciones diarias encuentra alguna alteración o riesgo debe notificarlo inmediatamente al director del establecimiento. Estas valoraciones se deben hacer en compañía del cuerpo de custodia y <b>vigilancia</b> y siguiendo lo estipulado en el protocolo de manejo de la UTE.</p> <p>3. Garantizar por parte del cuerpo de custodia y <b>vigilancia</b> la seguridad de las UAP.</p> <p>4. Garantizar por parte del cuerpo de custodia y <b>vigilancia</b> el traslado de los PPL desde patios o pabellones, hacia la UAP para la atención intramural y a las IPS del servicio extramural complementario...</p> <p>5. La atención se realiza cuando las PPL ingresen a la UAP, conducidos por la unidad del cuerpo de custodia y <b>vigilancia</b> que se disponga, garantizando permanentemente las debidas medidas de seguridad.</p> <p>6. La red debe contar con una institución que permita el manejo integral de la patología conceptuada por medicina legal y que ésta permita que se apliquen los procesos de custodia y <b>vigilancia</b> que requiere el privado de libertad.</p> <p>7. El cuerpo de custodia y <b>vigilancia</b> debe garantizar el traslado de las PPL hacia las instituciones que hagan parte de la red externa, a la cual se haya expedido la cita o que cuente con el servicio de urgencias si es el caso. ...</p> <p>8. Coordinar con el cuerpo de custodia y <b>vigilancia</b> la garantía del traslado de las PPL hacia las instituciones que hagan parte de la red externa...</p> <p>9. <b>Vigilancia</b> de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública.</p> <p>10. En el año 2012 mediante la circular 041 el Ministerio de Salud y Protección Social definió que los Establecimientos de Reclusión deben formar parte del Sistema de <b>Vigilancia</b> Nacional.</p>	11, 24, 25, 31, 44, 52, 54,	Personal de custodia y vigilancia	

## 7.2 RESULTADOS CATEGORIAS ADMINISTRATIVAS

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. Para efectos de la aplicación se entiende por población privada de la libertad aquella integrada por las personas internas en los establecimientos reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC, así como por quienes estén en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de <b>vigilancia</b> electrónica por parte de INPEC. [Artículo 2.2.1.11.1.1. Decreto 2245 de 2015 - Objeto y ámbito de aplicación.</p> <p>2. El INPEC a través de la Subdirección de Atención en Salud establece las actividades para el acceso al aseguramiento o cobertura para la prestación de los servicios de salud a la PPL en modalidad intramural, detención o prisión domiciliaria y <b>vigilancia</b> o control electrónico bajo la custodia y <b>vigilancia</b> del INPEC y los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los ERON.</p> <p>3. Modalidad de aseguramiento de prisión o detención domiciliaria o vigilancia o control electrónico.</p> <p>Uso de Tapabocas para los contactos estrechos, estos contactos incluyen las personas de la celda, el pasillo, alojamiento y patio, personal del cuerpo de custodia y vigilancia y funcionarios administrativos que comparten más de 6 horas al día con el caso confirmado.</p>	14, 21, 22, 38, 39,	Modalidad de cumplimiento de pena	
	<p>1. Vigilancia en salud pública grupo de salud pública en coordinación con el INS y las entidades territoriales</p> <p>2. Inspección, vigilancia y control a cargo de las entidades territoriales</p>	33	Rutas integrales para promoción y mantenimiento de la salud.	

7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD				
CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
CUIDADOS DEL INICIO DE LA VIDA	1. Brindar atención con enfoque diferencial a <b>mujeres en estado de embarazo y lactantes, niños menores de tres años</b> , a grupos étnicos, auto reconocidos LTGBIQ, PPL en condición de discapacidad, extranjeros, PPL con enfermedades terminales y huérfanas los cuales requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y particularidades	24	Competencias del prestador de salud intramural	son actividades que contempla la ruta de atención en salud materna y perinatal propuesta dentro para el SGSSS, no se evidencian acciones diferentes a las allí propuestas
	1. PPL canalizado a pruebas de embarazo	50	Gestión del riesgo EMI	
	1. Estos servicios se deben prestar a todas las PPL que están el ERON, conforme a su aseguramiento, incluidos los <b>niños y niñas menores de tres (3) años</b> que convivan con sus madres en las reclusiones de mujeres - 2. Las actividades establecidas para <b>primera infancia</b> solamente se realizan hasta los <b>3 años</b> para los menores que conviven con sus madres en los establecimientos de reclusión,	27, 34,	Atención intramural	
	1. Atención especial a <b>niños y niñas menores de tres (3) años</b> .	35	Atención a grupos con enfoque diferencial	
	1. Restringir totalmente el contacto con <b>gestantes</b> , menores de 5 años, adultos mayores de 60 años, personas con cáncer, VIH, leucemia, falla renal y enfermedades con inmuno-compromiso, en el patio donde se encuentra el brote activo.	54	Salud pública, acciones colectivas.	
ENFERMEDADES CRONICAS DE ALTO COSTO	1. Consulta médica de primera vez: categorización de <b>patologías crónicas</b> , examen físico con hallazgos de presión arterial, oxigenación, auscultación, exploración de todos los sistemas. 2. Formulación de tratamiento inicial de patologías identificadas que permitan el control inmediato de patologías <b>crónicas</b> establecidas. 3. Cumpliendo el periodo de aislamiento establecido y cursando 72 horas asintomático se procede a traslado a el área establecida de reclusión con asignación de las citas correspondiente determinadas en la categorización inicial para seguimiento de <b>patologías crónicas</b> 4. Pruebas de laboratorio: baciloscopia x3, RT-PCR SARS-CoV2, Serología <b>Hepatitis B, Serología Hepatitis C, Serología VIH, Sarampión</b> . 5. Al recibir pruebas de laboratorio de SARS CoV2 y <b>VIH</b> , negativas y evaluar los requerimientos de inmunización dando prioridad a vacunas incluidas en el plan de vacunación establecido, dando prioridad a <b>Hepatitis b</b> , triple viral, varicela, influenza. 6. Para todos los casos se debe realizar Tamizaje en Salud Mental a los pacientes con TB en riesgo, o en pérdida del seguimiento (idealmente a todos los pacientes con TB, TB-FR, TB/VIH)	29, 30,	Examen de ingreso	Actividades que se cumplen en atención a la norma vigente, con objetivos de gestión del riesgo.

### 7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. La Prestación del Servicio especializado en Salud mental, <b>VIH, alto costo</b> y las demás que determine la USPEC y el INPEC para esta población a cargo del INPEC reclusa en los CRM y EP, debe darse intramural, aplicando los mismos protocolos y procedimientos establecidos en el presente Manual para la PPL reclusa en los ERON a cargo del INPEC.	33	Atención intramural	
	1. Atención especial a personas con enfermedades terminales ( <b>cáncer, VIH, insuficiencia renal crónica entre otras</b> ) y enfermedades huérfanas.	35	Grupos con atención especial por vulnerabilidad	
<b>ENFERMEDAD MENTAL</b>	1. Atención integral e integrada en salud mental: la atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las <b>necesidades de salud mental</b> de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.	5	Definición atención integral en salud mental	hay una amplia descripción del deber ser de la atención en salud mental para personas privadas de la libertad, no hace referencia explícita a las implicaciones en la atención relacionadas con la afiliación a SGSSS de la PPL y como ésta se constituye en barrera para el acceso al cuidado que estos pacientes requieren. no hay una clara descripción de intervenciones en problemas de consumo de drogas psicoactivas.

### 7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. <b>Enfermedad mental:</b> alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.</p> <p>2. <b>Examen de ingreso:</b> verificación del estado de salud física y <b>mental</b>, a fin de determinar las afecciones con las que ingresa el PPL al ERON, para su respectivo direccionamiento a los tratamientos, valoraciones y demás procesos que le sean correspondientes.</p> <p>3. <b>Examen de egreso:</b> verificación del estado de salud física y <b>mental</b>, a fin de determinar las afecciones con las que egresa el PPL del ERON.</p> <p>4. <b>Hospitalización en unidad de salud mental:</b> es la atención en salud que se realiza a un paciente por requerimiento de su <b>patología mental</b>, para estabilizar y monitorear la sintomatología en salud mental, los cuales se efectúan con una estancia del paciente mayor a 24 horas en un servicio de internación externo...</p> <p>5. <b>Promoción de la salud mental:</b> es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la <b>salud mental</b> que afectan la calidad de vida.</p> <p>6. <b>Salud mental:</b> se define como 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 <b>mentales</b> para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.</p> <p>7. <b>Trastorno mental:</b> para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como 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.</p>	7, 8, 10, 12,	Definiciones	
	<p>1. El Modelo de Atención en Salud para las PPL a cargo del INPEC, establece que la atención debe ser integral, integrada, con enfoque diferencial, perspectiva de género y con una política de atención primaria en salud, en las fases de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación del paciente de las patologías físicas y <b>mentales</b>.</p>	15	Condiciones para la prestación de servicio de salud	
	<p>1. Implementar el programa de <b>salud mental</b> y de Consumidores de sustancias psicoactivas, el cual debe estar integrado por un grupo interdisciplinario que debe garantizar la <b>salud mental</b> de toda la PPL.</p>	24	Competencias del prestador	

### 7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. Garantizar por parte del cuerpo de custodia y vigilancia el traslado de los PPL desde patios o pabellones, hacia la UAP para la atención intramural y a las IPS del servicio extramural complementario con la oportunidad requerida y sin barreras de acceso a las citas y en caso de que se trate de un paciente psiquiátrico o con alteración mental, se debe brindar acompañamiento al profesional durante el desarrollo de toda la consulta.	25	Competencias del INPEC	
	1. El Examen Médico de Ingreso –EMI es una de las puertas de entrada al servicio de salud penitenciario y tiene como finalidad, hacer una valoración integral del estado de salud del PPL, para lo cual se tienen en cuenta sus antecedentes, su estado físico y <b>mental</b> .. 2. Si durante la realización del EMI, a la persona privada de la libertad LGBTI, se le evidencia que ha tenido o tiene tratamientos hormonales y/o transformación corporal, se debe evitar la discriminación que conlleve al deterioro del estado de la salud física o mental, 3. Está dirigida a evaluar el estado de salud psicológico actual y determinar la presencia de una patología mental, abuso o adicción a sustancias psicoactivas que requiera manejo por especialista de acuerdo a la prestación de servicio de salud mental establecido. 4. Para todos los casos se debe realizar Tamizaje en Salud Mental a los pacientes con TB en riesgo, o en pérdida del seguimiento... 5. Patología mental (Whooley, generalized anxiety disorder scale)	29, 30,	Examen de ingreso	
	1. La Prestación del Servicio especializado en Salud mental, VIH, alto costo y las demás que determine la USPEC y el INPEC para esta población a cargo del INPEC reclusa en los CRM y EP, debe darse intramural, aplicando los mismos protocolos y procedimientos establecidos en el presente Manual para la PPL reclusa en los ERON a cargo del INPEC. 2. La atención integral en salud mental está enfocada a la prevención, atención integral e integrada, inclusión social, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, eliminación de estigmas y la discriminación del enfermo mental garantizando el derecho a la salud mental con las siguientes líneas de atención: Acciones Promocionales de la Salud Mental • Acciones de Prevención del Trastorno Mental • Acciones de Atención Integral en Salud Mental • Acciones de identificación de riesgos que desemboquen o incrementen la afectación en una patología mental. Las especificaciones técnicas de la prestación de servicio de salud mental, se describen en el procedimiento de atención de PPL con patología mental el cual es un anexo del presente manual.	33, 35, 36,	Atención intramural	

### 7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	1. La población privada de la libertad tiene derecho a una atención inicial de urgencia o prioritaria en caso de que haya una alteración de salud física y/o mental que lo amerite, para lo cual se debe informar a la unidad de guardia que custodia el patio a fin de que se garantice la salida de la PPL a la UAP.	36	Atención inicial de urgencias	
	1. El examen de egreso físico y mental (médico y psicológico) tiene como propósito evidenciar el estado de salud de la PPL, al momento de salir del ERON	42	Examen de egreso	
	1. El equipo de salud está encargado de cuidar de la salud mental y física de la PPL, así como el tratamiento de su enfermedad bajo los mismos estándares éticos y de calidad que la población general. 2. El entorno puede afectar en mayor o menor medida la salud mental y física de las PPL.	45, 46,	Atención primaria	

### 7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<p>1. La 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 (Ley 1616 /2013)</p> <p>2. La Gestión Integrada para la Salud mental consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia.</p> <p>3. La transferencia de dichas políticas y lineamientos se desarrolla a través de procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, gestión y coordinación intersectorial y mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias, acorde a lo estipulado en la dimensión "Convivencia social y salud mental del plan decenal de salud pública 2012 -2021", con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia.</p> <p>4. La salud mental es uno de los principales retos de la salud pública especialmente en los establecimientos penitenciarios y carcelarios, por tal razón las actividades de salud pública que se deben realizar al interior de los establecimientos con relación a salud mental, se describen ampliamente en el "procedimiento de manejo de PPL con patología mental", el cual es un anexo del presente manual.</p> <p>5. Para el cumplimiento de las acciones en salud pública en la promoción de la salud mental y la convivencia se deben desarrollar los componentes propuestos en el plan decenal de salud pública así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la salud mental y la convivencia. Este componente contempla el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos comunitarios favorables para la convivencia social.</li> <li>• Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia. Se consideran de especial atención aquellos estados de alto impacto,</li> </ul>	46	Promoción de la salud mental y la convivencia	
	<p>1. Ante la presencia de un evento de interés en salud pública reportado por el prestador de salud, el ERON alertará inmediatamente a la secretaría de salud municipal, distrital o departamental, para que se inicien las acciones pertinentes de contención y prevención</p>	59	Acciones de la Entidad Territorial	

### 7.3 RESULTADOS CATEGORIAS DE SALUD

CATEGORÍA	CITA	Pág.	CONTEXTO	COMENTARIO
	<i>1. Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.</i>	61	Tercera dimensión: convivencia social y salud mental	
<b>CUADOS DEL FINAL DE LA VIDA</b>	<i>1. Las rutas integrales de atención en salud, hacen parte de la Política de atención integral en salud y constituyen un conjunto de acciones coordinadas y materializadas en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo.</i>	33	Rutas Integrales de atención para la promoción y mantenimiento de la salud	Contempla la atención por cuidado paliativo, como lo expone la norma. Es importante la opción de considerar la incompatibilidad de la vida con la vida en la cárcel, sin embargo, esta decisión es tomada por un Juzgado no por el profesional de salud.
	<i>Cuando se requiere sustitución de la detención preventiva por grave enfermedad incompatible con la vida en reclusión, previo dictamen de medicina legal y el juez determine si el imputado o acusado debe permanecer en clínica u hospital<sup>3</sup>, la red debe contar con una institución que permita el manejo integral de la patología conceptuada por medicina legal y que ésta permita que se apliquen los procesos de custodia y vigilancia que requiere el privado de libertad. Si se requiere cuidados paliativos se debe incluir en la red de prestadores este tipo de servicios, para dar cumplimiento a los diferentes requerimientos judiciales.</i>	38	Modalidad extramural y sistema de referencia y contrarreferencia	

## CUARTA PARTE

### 8. ANÁLISIS

Las categorías, principios, aspectos relevantes y temas asociados definidas para hacer la lectura del Manual técnico administrativo se presentan en el siguiente cuadro.

CATEGORÍAS	PRINCIPIO / ASPECTOS DE RELEVANCIA	DEFINICIÓN	TEMAS ASOCIADOS
BIOÉTICAS	AUTONOMÍA	Capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Derecho a la información.</li> <li>2. Derecho a la elección.</li> <li>3. Consentimiento informado.</li> </ol>
	BENEFICENCIA	<p>Si la benevolencia se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad, la beneficencia, en cambio, es un acto realizado por el bien de otros. Pero cuando Beauchamp y Childress hablan del principio de beneficencia no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según estos autores, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos. Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes: protege y defiende los derechos de otros, previene el daño que pueda ocurrir a otros, quita las condiciones que causarán daño a otros, ayuda a personas con discapacidades, rescata a personas en peligro (45).</p> <p>Diego Gracia no incluye en su definición de beneficencia la obligatoriedad, porque considera que la beneficencia –junto con la autonomía- forma parte del nivel 2, según su jerarquización de los cuatro principios de la bioética. Este segundo nivel se caracteriza por ser una ética de máximos, no exigible a todos.</p> <p>Engelhardt también se opone a aceptar que el principio de beneficencia se pueda considerar como obligatorio, pero su razón es distinta de la de Gracia. Para Engelhardt la beneficencia no puede ser obligatoria porque las necesidades capaces de generar exigencia moral solo se pueden determinar en un contexto particular y casi siempre por un acuerdo multilateral.</p>	

NO MALEFICENCIA	<p>El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Aunque la máxima como tal no se encuentra en los tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no maleficencia expresada en el juramento hipocrático. Algunos filósofos consideran a la no-maleficencia y a la beneficencia como un mismo principio. Para Beauchamp y Childress la obligación de no dañar a otros, por ejemplo, no robar, no lastimar o no matar, es claramente distinta a la obligación de ayudar a otros, por ejemplo, ofrecer beneficios, proteger intereses o promover bienestar. Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida. Beauchamp y Childress en el diseño del principio de no-maleficencia se concentran en «los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales. En particular enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte. Reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes: No mate, no cause dolor o sufrimiento a otros, no incapacite a otros, no ofenda a otros y no prive a otros de aquello que aprecian en la vida (45). Según Diego Gracia, la no maleficencia es el principio básico de todo sistema moral. Se le puede encontrar en lo más alto del orden moral de la tradición medieval, que, al reconocer el bien como el fin de la conducta del hombre, la razón descubre su primer principio: hacer el bien y evitar el mal (bonum est faciendum et malum vitandum). En relación con la beneficencia, la no maleficencia contiene cuatro obligaciones generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se debe hacer mal o daño en cualquiera de sus formas.</li> <li>• Se debe prevenir el mal o daño, lo cual incluye la negligencia.</li> <li>• Se debe remover el mal o daño, el cual puede ser conceptualizado de muchas maneras.</li> <li>• Se debe hacer o promover el bien, y tiene que ver más con el principio de beneficencia (59).</li> </ul>	
JUSTICIA	<p>Relacionado con la equidad. Es también un principio de carácter público y legislado. Relacionado con la equidad. Es también un principio de carácter público y legislado. Aristóteles, en la <i>Ética a Nicómaco</i>, afirma que la justicia es la virtud perfecta, no absolutamente hablando, sino con relación a otro (47). Respecto al principio de justicia, la primera vez que se habló de él fue en el Informe Belmont, los autores lo entendían como “imparcialidad en la distribución” o “lo que es merecido”. Establecían que se debía hacer un cálculo entre costes y beneficios, entre riesgo y beneficio, y fijaban algunas reglas: 1) a cada persona una participación igual; 2) a cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales; 3) a cada persona de acuerdo con sus esfuerzos individuales; 4) a cada persona de acuerdo con sus méritos (48). Posteriormente, Beauchamp y Childress intentaron resolver y aclarar el significado de este principio. La justicia <i>“exige una repartición igual de beneficios y cargas, que evite discriminaciones e injusticias en las políticas e intervenciones de la sanidad. De modo general, una persona ha sido tratada según el principio</i></p>	<p>1. Equidad. 2. Igualdad.</p>

	<i>de justicia si ha sido tratada según lo que es correcto y debido" (34).</i>	
DEFENSA DE LA VIDA FISICA	<p>La vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo. La vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre es necesario ser viviente. No se puede ser libre si no tenemos la vida. La vida llega anteriormente a la libertad; por eso, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime así misma (44). El principio de respeto de la vida humana puede ser considerado como el principio eminente de la bioética, por ser aquel que guía e inspira la aplicación de los demás. Se trata del primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás (51). Lo que está en juego en el respeto de la vida es una razón de justicia ante las personas. La justicia como tal exige que se dé a cada uno lo suyo y lo primero suyo que se debe a alguien es el respeto por su vida. Respeto que implica tanto el resguardo de la vida, a través de la prohibición de atentar contra ella, como también por medio de diversas políticas –por ejemplo, sanitarias– que promuevan su integridad y plenitud. Es en la Declaración de Ginebra de 1948 donde se habla por vez primera del respeto como actitud ética fundamental en Medicina. El artículo 1.º de las Normas sobre Ética Médica de la Federación Médica Colombiana, de 1981 dice así: <i>"El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen la esencia espiritual de la Medicina"</i> (52).</p>	1. Respeto.
TOTALIDAD	<p>La persona humana —de suyo libre— con el organismo corpóreo, constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva el Principio terapéutico, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. Se requieren las siguientes condiciones precisas: consentimiento informado de la persona, esperanza de éxito, e imposibilidad de curar la totalidad sin intervención (44). Este mismo criterio tiene una aplicación particular cuando una acción médica produce dos efectos, uno bueno y otro malo. Se habla entonces del "principio del voluntario indirecto" o de la "acción de doble efecto". Si, por ejemplo, para aliviar los dolores de un moribundo se aplica morfina –que puede tener el efecto secundario de abreviar su vida–, el acto médico será éticamente aceptable cuando se cumplan las siguientes condiciones: que el mal no sea directamente querido, sino un efecto secundario del acto principal que en sí mismo es bueno; que existan razones proporcionadas para actuar de esa manera, es decir, que el efecto positivo sea proporcionalmente superior, o al menos equivalente, al efecto negativo(51).</p>	
LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD	<p>Persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana. No puede celebrarse la libertad sin celebrar la responsabilidad. Se debe procurar una bioética de la responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres, de los otros seres vivientes.</p>	1. Seguridad del paciente.

	<p>SOCIABILIDAD Y SUBSIDIARIDAD</p>	<p>La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres. La relación social es también ayudada por el concepto de subsidiaridad. Es decir, que todo el bien que puede hacer la persona por sí mismo debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas —en familia o en las libres asociaciones— debe ser respetado también. Pero este principio no termina ahí. También implica que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos, que no tienen posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos, lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria. El “Principio de Subsidiaridad” puede definirse también como Solidaridad (44).</p> <p>La sociabilidad permite participar de una relacionalidad viva, realizándonos en comunión. En el caso de la salud, la vida no solo es un bien personal, sino un bien social que alcanza su máxima expresión cuando se favorece el bien de cada uno en mutua interdependencia con la vida de los otros, respetando la autonomía y la libertad de los grupos sociales, favoreciendo de esta forma el principio de subsidiariedad (55). Las ideas latentes en las que se fundamentan estos principios nos presentan la realidad del yo individual en un mundo global. Para poder completar al yo individual surge la apertura que favorece la relación interhumana, fomentando la presencia del otro en mi vida para constituir en la mayor plenitud posible la identidad humana y, al mismo tiempo, la importante novedad de “ser alguien en el otro” (56).</p> <p>En el caso de la promoción de la vida y la salud, implica que todo ciudadano se ha de comprometer a considerar su propia vida y la de los demás como un bien no sólo personal, sino también social. La aplicación de tal principio puede llegar a justificar la donación de órganos y tejidos, aunque ello implique alguna mutilación en el donador. Respecto del principio de subsidiariedad implica por parte de la comunidad, por un lado, el deber de ayudar en mayor medida a las personas que más necesidad tengan de cuidados; dicho de otro modo, sería el deber de cuidar más a quien más necesitado esté de cuidados; y por el otro lado, implica el deber de la comunidad de no suplantar o sustituir la libre iniciativa de los particulares o de grupos, sino de garantizar su funcionamiento.</p>	
<p>ADMINISTRATIVAS</p>	<p>GESTIÒN</p>	<p>Cuando hacemos referencia a la bioética evocamos de inmediato la imagen del paciente, un hospital y al médico más que otro profesional de la medicina. Mas, sin embargo, además de los médicos y enfermeras en contacto directo con usuarios y su familia; existen otros profesionales en salud como los administradores, hoy gerentes de salud que también son responsables por la atención que reciben los demandantes de servicio. Indudablemente el administrador médico debe tomar decisiones</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Financiación.</li> <li>2. Administración de recursos.</li> <li>3. Contratación.</li> </ol>

	ASEGURAMIENTO	Es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficiosos servicios de salud POS, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.	
	CALIDAD	La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.	1. Accesibilidad. 2. Oportunidad. 3. Seguridad. 4. Pertinencia. 5. Continuidad. 6. Satisfacción del Usuario.
	VIGILANCIA Y CONTROL	Responsabilidad estatal y ciudadana de proteger la salud individual y colectiva, mediante la minimización de riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso de consumo de bienes y servicios, en establecimientos de interés en salud pública, a través de verificación, asesoría y asistencia técnica del cumplimiento normativo, en aspectos relacionados con condiciones sanitarias: infraestructura, agua y saneamiento básico, control de calidad, procesos y procedimientos, cualificación del talento humano, monitoreo de efectos en salud.	
SALUD	ENFERMEDADES CRONICAS DE ALTO COSTO	Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS -2016). La Ley 0972 de 2005 Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. En Colombia se consideran Enfermedades huérfanas aquellas patologías crónicamente debilitantes graves y que amenazan la vida, y que tienen una prevalencia menor de 1 en 5.000 personas.	-
	INICIO DE LA VIDA	Atención materno perinatal que comprende todas las intervenciones que se prestan desde la decisión de la fecundidad, la planeación del embarazo y atención perinatal dirigidas a prevenir y tratar complicaciones antes, durante y después del evento obstétrico y la continuidad en el cuidado de la salud de la madre y su recién nacido hasta los 3 años.	
	FINAL DE LA VIDA	"Los Cuidados Paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.	-

	ENFERMEDAD MENTAL	Los trastornos mentales clasificados en el DSM-IV-TR pueden, dependiendo de su intensidad, afectar la salud mental de una persona, comprometiendo, en menor o mayor grado, su capacidad para percibir, interpretar, sentir y actuar con buen juicio, equilibrio, prudencia y cordura. En otras palabras, afecta la funcionalidad, productividad y capacidad de la persona para ejercer su autonomía personal, implementar su agenda de vida y formar parte en plenitud de la comunidad de humanos a la que pertenece. El efecto devastador que la enfermedad mental puede generar en un ser humano demanda del apoyo, solidaridad y cuidado de la sociedad, mediante un sistema de atención de la salud mental integrado al sistema de la salud general.
--	-------------------	--

## 8.1 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS BIOÉTICAS

En este grupo se vincularon por un lado los principios que propone el enfoque principialista debido a que ofrece un marco general que orienta la toma de decisiones, sin embargo, el marco general que establece el enfoque principialista aun cuando alcanzó las primeras soluciones a problemas éticos surgidos desde mediados del siglo pasado, es una aproximación insuficiente ante la complejidad y la multidimensionalidad de los problemas bioéticos de la actualidad (64), por esta razón y en el intento de abordar de la mejor forma su aplicación al contexto de la salud penitenciaria, se incorporaron los principios que propone el enfoque personalista o de bioética centrada en la persona que se ocupan de las más básicas prerrogativas humanas, como respeto a la vida y a la integridad física y psíquica. En este sentido y para los fines del presente trabajo a continuación se presenta el análisis de los principios bioéticos revisados.

### 8.1.1 Principio de autonomía

En cuanto al principio de Autonomía con el fin de alcanzar un análisis completo y objetivo de este principio, se han asociado los conceptos de derecho a la información, derecho a la elección en salud y consentimiento informado.

Realizada la revisión sistemática y de acuerdo a la fundamentación teórica de la categoría bioética y el principio de autonomía, se encontró que en el Manual Técnico Administrativo para la Implementación del Modelo de Atención en Salud de la Población Privada de la Libertad a Cargo del INPEC se incorpora así:

- Se hace referencia al principio de autonomía solamente cuando se habla de derechos humanos sexuales y reproductivos.
- En cuanto a la información se establece en el documento como derecho y se evidencia el alto valor que le otorga, cuando establece y define dentro de las obligaciones y competencias principalmente del operador el producir,

recopilar, ordenar y remitir datos, que afirman son necesarios para la toma de decisiones.

- El derecho a la elección solamente se encuentran tres referencias, siendo en primer lugar un derecho que se atribuye y reconoce a la USPEC para elegir la entidad Fiduciaria que contratará los servicios de salud, para la población privada de la libertad. *“En desarrollo e implementación de estas disposiciones, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios –USPEC- por ser la competente debe llevar a cabo la selección de una fiducia mercantil, la cual se encargue de administrar los dineros y garantizar los pagos dispuestos para la prestación del servicio de salud... (65).* Las otras dos referencias sin tratarse directamente de elección se aplican a la atención preferente que se oferta en atención primaria a población especial.
- El consentimiento informado solamente se aborda en salud pública, aplicado explícitamente al ejercicio libre, informado y autónomo de la sexualidad. *“Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades” (65).*

Es posible evidenciar que aun cuando el manual está hecho para las personas privadas de la libertad, un tema como la información no está pensada como derecho para ellos, sino como la herramienta para la gestión del modelo de atención y del sistema de salud.

Es evidente a través del documento una clara preocupación e interés por el acceso y manejo de información así como, que para el desarrollo del modelo no cuentan con un sistema de información que pueda consolidar y analizar el resultado de las variables que recogen a través de las diferentes fuentes, lo cual dificulta la garantía de derechos como la confidencialidad; teniendo en cuenta que la información que a través de los diferentes instrumentos se captura, hace referencia a aspectos privados de las personas privadas de la libertad, hay reglas para aplicar en la recolección, almacenamiento, uso, acceso y circulación de los datos relativos a la salud, se debe *“garantizar el carácter confidencial y la seguridad de los datos de naturaleza personal referidos a la salud, aparte de velar por que se haga uso de los mismos dentro del respeto a los derechos y libertades fundamentales del individuo, sobre todo el derecho a la vida privada”*(66). Se hace necesario incorporar al documento, las acciones que se toman respecto a la protección de la información y la confidencialidad.

Otros apartes identificados en el documento que hacen referencia a la información como insumo para el ejercicio de derechos de la persona privada de la libertad se encuentran cuando se habla de las obligaciones de INPEC como responsable de informar a la persona privada de la libertad, cómo pueden acceder a servicios de salud, en obligaciones de los prestadores de servicios de telemedicina

que deben informan en que consiste la modalidad de atención y en salud pública para actividades de inducción a la demanda, actividades de información educación y comunicación-IEC.

La información dentro del manual no se consideró como derecho de la persona privada de la libertad para ejercer su autonomía, pues para que este derecho sea ejercido es necesario garantizar las condiciones necesarias para que los individuos puedan tomar decisiones, esenciales para el desarrollo del “plan de vida” elegido. *En otros términos, estas acciones no pueden ser llevadas a cabo si no se cuenta con la información necesaria, que en definitiva permitirá a cada persona elegir libremente, pero evaluando todas las consecuencias de su actuar* (41).

En cuanto a la elección en salud como derecho aun cuando normativamente se establece, a través de la Ley 23 de 1981 respecto a la elección de médico tratante y la Ley estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 6° Elementos y principios del derecho fundamental a la salud literal h) Libre elección. “Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación” (39). Se puede afirmar que para una parte de la población privada de la libertad no aplica el derecho a elegir en salud y esto está directamente relacionado con el tipo de aseguramiento, por ejemplo: en el manual se registra la obligación que tiene el personal del INPEC de comunicar a las personas privadas de la libertad el derecho que tienen de acceder al servicio de salud basados en el Decreto 1142 del 2016 y las Resoluciones 4005 y 5512 del 2016. Es decir, le informa que si pertenece al régimen subsidiado, se suspenderá la atención en las IPS y con los profesionales que venía siendo atendido, su atención se asumirá con los recursos del Fondo de Atención en Salud para personas privadas de la libertad a través del operador intramural y la red de servicios externos que el Consorcio contrate; si no tiene ninguna afiliación en salud igualmente tendrá la atención que se oferta en el establecimiento; como es evidente se está informando a la persona privada de la libertad lo que le va a suceder en relación a la atención en salud pero en ningún momento se presenta la posibilidad de elegir lo que a su criterio más le conviene o prefiere. Sin embargo, si la persona privada de libertad está afiliada al SGSSS a través del Régimen contributivo o regímenes de excepción conservara su afiliación y atención mientras cumpla con las condiciones que su Empresa Administradora del Plan de Beneficios -EAPB defina. Aun cuando en principio se respeta la elección de conservar la afiliación a una EPS y plan de salud, no es suficiente, si no se aclara que debe continuar haciendo los aportes, si es beneficiario debe contar con la total colaboración del cotizante para adelantar gestión de pagos por servicios, hacer trámites de portabilidad y que solamente tendrá acceso a atención inicial de urgencias en la unidad de atención en salud del establecimiento.

Posiblemente para una persona afiliada como beneficiaria o adicional sería una buena opción renunciar a su afiliación y obtener la atención que se oferta con los recursos del Fondo para la PPL, así se aplicaría el derecho a la libre elección en

salud. Sin embargo, el problema es más complejo por cuanto en este tema no se ha contemplado por ejemplo que el cotizante al SGSSS se prive de libertad y de la afiliación es beneficiario su grupo familiar, en estos términos no habría lugar a una libre elección pues la persona privada de la libertad tiene una familia a la que por su naturaleza desea continuar protegiendo y así aun cuando la mejor opción pudiera ser la atención con los recursos del Fondo, se ve obligada a mantener su afiliación al SGSSS.

En cuanto al consentimiento informado es un concepto ausente en el manual técnico, aun cuando la Ley estatutaria 1751 de 2015 en el artículo 10 hace referencia a los derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud, establece en el literal d) el derecho a obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.(39)

Con relación a la toma de decisiones en salud, como sostiene Pellegrino: "La condición moralmente óptima es aquella en la cual la decisión proviene del médico y el paciente. Por su parte, el médico debe tomar la decisión por y con el paciente, pero no en lugar del paciente, sino por sus intereses" (67). Esta formulación preserva el derecho legal a la integridad, el derecho moral a la autonomía.

En España, la doctrina y legislación común acerca del consentimiento informado -CI se aplica de distinta forma a los presos que, a las personas libres, de forma que aquellos no pueden ejercer su derecho al CI de la misma forma que estos. La Ley orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, general penitenciaria (LOGP): Su art. 3.1 sanciona el principio de conservación de derechos: "Los internos podrán ejercer los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, sin exclusión del sufragio, salvo que sean incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de su condena", y el 3.4 atribuye a la Administración el deber de "... velar por la vida, integridad y salud de los internos". El capítulo III, Título II se ocupa de la asistencia sanitaria (arts. 36 al 40). Ninguno de estos artículos se refiere a la posibilidad de que un interno rechace un tratamiento médico, ni a nada relacionado con la doctrina del CI, ni a investigaciones clínicas con presos (68).

Unas sentencias del Tribunal Constitucional español, sentaron en su momento una doctrina que legitima la aplicación de tratamientos médicos forzosos a los presos en caso de peligro para la vida o salud de estas (68).

Los presos son las únicas personas en España a las que se puede imponer un tratamiento médico forzoso sin que haya lesión de intereses de terceros en caso de no tratamiento y sin un juicio previo sobre su capacidad para decidir (68).

Por último, entendida la autonomía como el legítimo derecho del que todo ser humano es titular, como aspecto fundamental de su libertad, fundado en la inviolable dignidad de la persona humana y como la garantía de otros bienes fundamentales (5), es necesario ampliar el concepto y aplicarlo a la integridad del ser humano privado de la libertad, se debe tener en cuenta que se trata de individuos que no han perdido la capacidad de elegir y asumir con responsabilidad las consecuencias de sus elecciones; también es respetar la autonomía como su derecho protegido por las normas internacionales de derechos humanos, que definen que las personas privadas de la libertad en establecimientos penitenciarios y carcelarios deben ser tratadas con el respeto que merece la dignidad propia de todo ser humano, esas personas son titulares, en igualdad de condiciones, de los mismos derechos reconocidos a los demás miembros de la sociedad (1).

### **Elemento de análisis relevante:**

La ausencia del consentimiento informado en el manual es congruente con el desarrollo del documento, teniendo en cuenta que la autonomía no ha sido un eje o punto de referencia, si se entiende el consentimiento informado como la expresión tangible del principio de autonomía, es lógico que tampoco se haga referencia al mismo. Sin embargo, es relevante la necesidad de vincular este concepto al manual, teniendo en cuenta las implicaciones legales que no se pueden desconocer, pero ante todo porque se trata del reconocimiento de la voluntad de una persona, que de manera responsable ha tomado una decisión asumiendo las consecuencias de su elección constituyéndose así en un importante componente de respeto a la dignidad humana.

### **8.1.2 Principio de Justicia**

No hay referencia en el documento a la justicia como principio bioético, sin embargo, debido a que se trata de un principio de carácter público, legislado y en relación estrecha con los conceptos de igualdad y equidad se ha considerado necesario su abordaje dentro de este trabajo.

Partimos de mencionar que en el documento analizado el tema de equidad se aborda principalmente en salud pública y esto se da básicamente porque el concepto se incorpora en tres de las dimensiones de salud pública que se trabajan con la población privada de la libertad.

*Tercera dimensión: convivencia social y salud mental, (...) contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.*

*Cuarta dimensión: seguridad alimentaria y nutricional, Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida...*

*Sexta dimensión: vida saludable y enfermedades transmisibles (...) así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible (65)*

En cuanto a igualdad, también es un concepto tratado dentro del contexto de salud pública como principio de atención primaria en salud y como aspiración dentro de la Ley 1751 de 2015 *“Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud” (22)*

Cuando se hace referencia a justicia en el contexto de personas privadas de la libertad comúnmente se piensa en la pena que ha impuesto la autoridad y nos resulta difícil transferir esta idea al ámbito de la salud y a la vida humana, por lo que se consideró importante desarrollar el concepto de la justicia que incorpora igualdad y equidad.

La equidad y la igualdad son dos principios que están directamente relacionados con la justicia, pero no siempre la igualdad garantiza que se dé la justicia, si se tienen en cuenta las diferencias que existen entre las personas es la equidad el principio que hablaría de justicia. Así pues *“la equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva, acorde con los principios de los derechos humanos” (69).*

En tal sentido es indispensable la equidad en la oferta de servicios de salud que respondan a las necesidades definidas por la diversidad humana, estar atento a los resultados obtenidos de la atención e integrar estrategias y políticas que permitan mejorar la salud de la población privada de la libertad; la declaración de Alma-Ata en el 78 en su propuesta de Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia, ya planteaba el principio de justicia social y el criterio de equidad como parte de sus postulados. La equidad se refería fundamentalmente al logro de la accesibilidad de toda la población a servicios de salud (69).

Así pues, es importante mencionar y resaltar el valor que representa la vinculación de la estrategia APS al manual técnico administrativo para la implementación del modelo de atención en salud de la población privada de la libertad, por cuanto está inmerso el principio de justicia definido desde la equidad. Sin embargo, cuando se lee la operación del modelo, el acceso a servicios de salud de las personas privadas de la libertad afiliadas al SGSSS, no resulta equitativo debido a las limitaciones que administrativamente le impiden acceder a los servicios de salud que se ofertan a nivel intramural para la mayoría de privados de libertad, a quienes la atención en salud está financiada con los recursos del Fondo de atención en Salud para la Población Privada de la Libertad, así mismo la evaluación de resultados de la atención ofertada por una u otra entidad responsable de la cobertura, muy difícilmente va a identificar y menos proponer la unificación de políticas y estrategias para el mejoramiento de la condición de salud de la totalidad de esta población.

Es importante tener en cuenta que aun cuando la unificación del sistema de salud es un paso, no es suficiente para garantizar servicios de salud justos y con eliminación de inequidades como se desea pues a pesar de los grandes esfuerzos que a nivel mundial se hacen para lograr estados más justos, Colombia como otros países continúan teniendo amplias brechas que deben subsanar. En Brasil por ejemplo el mayor marco de la igualdad y de la justicia sanitaria —principios imprescindibles para llegar a la noción de equidad— es la Constitución Federal de 1988, que en su artículo 196 establece la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas la reducción del riesgo de enfermedades y de otros agravamientos, así como el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación (70). Para tal fin han definido un Sistema Único de Salud - SUS, al que se vincula población privada de la libertad, a pesar de que el SUS disminuyó formalmente la exclusión; persiste la inequidad, alimentada por la desinformación, a causa tanto de la ausencia de políticas públicas como de privilegios y discriminaciones de todo tipo. A la vista de la extrema desigualdad socioeconómica que impacta en la accesibilidad de los usuarios y en la propia atención a la salud (70).

#### **Elemento de análisis relevante:**

Entre tanto las fuentes de financiación sean diferentes y el modelo de atención en salud continúe desarrollándose de manera alterna pero no inmerso en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la justicia como principio desde la equidad no podrá aplicarse aun cuando sea un anhelo para la implementación del modelo de atención en salud para las personas privadas de libertad.

Por otra parte es importante considerar ante la eventual posibilidad de vinculación del modelo de atención en salud para personas privadas de la libertad al SGSSS, cuál sería el plan de beneficios o servicios que incluye, pues de ninguna manera podría ser el mismo que se oferta para el general de la población, pues se trata de servicios para personas a quienes la condición de privación de libertad, atribuye un grado de vulnerabilidad mayor y algunas necesidades diferentes que solamente pueden atenderse desde la visión que otorga el concepto de equidad.

#### **8.1.3 Principio de Beneficencia**

La Beneficencia no se incorpora al manual como principio. Se identifica el término beneficio, aplicado principalmente en el contexto de planes de beneficios, y para referirse a las condiciones a favor de la persona privada de la libertad dentro de las modalidades o forma en que se cumple la pena.

El principio de beneficencia está directamente relacionado con la promoción y el respeto por la autonomía del otro, en este sentido es necesario replantear el manual revisado desde la visión de estos principios, a fin de incorporar y reconocer

en la persona privada de la libertad un ser humano con necesidades particulares que necesitan ser cubiertas de la mejor manera para asegurar su bienestar.

La beneficencia incluye siempre la acción, beneficencia es un acto realizado por el bien de otros. Cuando Beauchamp y Childress hablan del principio de beneficencia no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según estos autores, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos. Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes: protege y defiende los derechos de otros, previene el daño que pueda ocurrir a otros, quita las condiciones que causarán daño a otros, ayuda a personas con discapacidades, rescata a personas en peligro (45).

El principialismo jerarquizado de Diego Gracia ubica el principio de beneficencia dentro de los máximos, o aquellos a los que una persona aspira, los que dotan de sentido su actuación moral, la guía de sus comportamientos y convicciones (46).

Se debe vincular al Manual el principio de beneficencia, pues es el bien el fin último que se busca para las personas privadas de la libertad, la beneficencia es el principio articulador que permite salvaguardar al ser humano de forma integral y desde el ámbito interdisciplinar, frente a la manipulación y menoscabo de la persona en su dignidad, status antropológico, verdad ontológica y trascendente (71). Es a través de este principio que se hace viable la implementación de un modelo de atención en el que participan diferentes entidades, cada una con unos fines particulares, pero para las cuales la convergencia debe ser salvaguardar la vida, reconocer el respeto y la dignidad humana en el cuidado de la fragilidad y vulnerabilidad de las personas privadas de la libertad.

#### **Elemento de análisis relevante:**

Es necesario hacer visible e incorporación el principio de beneficencia como guía y fin primero de todos los participantes en el desarrollo del modelo de atención para personas privadas de la libertad, visto y entendido dentro de lo que implica actuar en busca del bien reconociendo y aceptando la jerarquía propuesta por Diego Gracia, como máximo valor moral que oriente el actuar de la USPEC, INPEC, entidad responsable de contratar los servicios de salud y prestadores.

#### **8.1.4 Principio de No maleficencia**

No incorporado al manual como principio. El principio de no maleficencia impone una obligación negativa que es la prohibición de hacer el mal o algún daño. Sin embargo, es difícil negar que se puede hacer daño al no prevenir las consecuencias nefastas de acciones u omisiones o al no remover el mal o daño que

amenaza a alguien. De hecho, las obligaciones de no maleficencia (no matar, no robar) al estar relacionadas con la justicia, vinculan con más fuerza (72).

La revisión del manual permitió ver que no es posible la aplicación de los principios bioéticos de manera aislada, pues no se logra una adecuada aplicación si se desconoce, mal interpreta u omite otro principio. El principio de no maleficencia inicialmente estaría referido a no hacer daño, no actuar causando mal a otro, sin embargo, esta pobre interpretación desconocería su alcance, pues también se puede causar daño cuando se omite o realiza de manera irresponsable o inoportuna una determinada acción.

Como fundamento de la bioética, partiendo del imperativo categórico kantiano, pone al principio de no maleficencia como el fundamento más hondo de todo acto moral. De aquí parte una no maleficencia entendida como respeto a la dignidad humana basada no en presupuestos ontológicos, sino en la máxima racional: obra según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal, u obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio (72).

Son expresión de este imperativo categórico, por ejemplo, los derechos humanos. Para las personas privadas de la libertad, particularmente son la fuente y sustento de los diferentes requerimientos que presentan. De igual forma El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos afirma: *“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...”* (73). Una nación que no garantice efectivamente este derecho, es decir no sólo con cobertura universal sino que ésta sea de unos mínimos de calidad, incurre en una práctica maleficente, habría que añadir la falta de políticas institucionales, que permitan incrementar el bienestar y/o reducir la angustia del paciente y sus familiares (72). De esta forma es claro ver cómo es posible y necesario el desarrollo del concepto de no maleficencia dentro del manual.

### **Elemento de análisis relevante:**

Reconocer el alcance del principio de no maleficencia, aportaría al manual importantes herramientas, no solo desde la sustentación de las acciones individuales, sino desde el soporte o demostración de la responsabilidad que puede atribuirse a un sistema constituido desde políticas insuficientes, para la disposición de recursos necesarios para el desarrollo de las labores que realizan los profesionales de salud y las demás personas que trabajan y desarrollan actividades administrativas y de seguridad necesarias para que la persona privada de la libertad acceda a los servicios de salud.

### **8.1.5 Principio de Defensa de la Vida Física**

Respeto de la vida humana puede ser considerado como el principio eminente de la bioética, por ser aquel que guía e inspira la aplicación de los demás. Se trata del primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás (51).

En el documento revisado se registran las actividades que en salud se aspira implementar a nivel individual y colectivo para resguardar la vida de las personas privadas de la libertad; se identifica una fuerte intencionalidad de resguardo y promoción de hábitos protectores de la vida física en el aparte de salud pública, también se puede ver un marcado interés por los resultados y la generación de indicadores pero no es posible identificar el punto en que convergen las actividades grupales y las actividades individuales, lo que podría representar la concentración de actividades en un mismo grupo de personas, adicionalmente no hay referencias específicas a las intervenciones de salud pública para personas afiliadas al SGSSS.

La dignidad humana se funda en el hecho simple y esencial de pertenecer al género humano. No es la dignidad la que fundamenta la vida humana, sino que es la vida humana la que fundamenta la dignidad, y ésta debe, por tanto, reconocerse a todo hombre por el solo hecho de existir (74).

Se resalta el respeto normativo que en Colombia aplica para la vida, al no contemplar la pena de muerte, sin embargo, no puede desconocerse el riesgo que representan las corrientes que promueven el concepto de vida digna y pretenden desconocer o evitar la existencia de las diferentes formas y magnitudes en que se manifiesta el padecimiento, una inadecuada interpretación de la dignidad podría abrir las puertas a prácticas contrarias a la defensa de la vida como son el aborto, la eutanasia y hasta retroceder en la evolución del sistema carcelario al considerar nuevamente la implementación de la pena de muerte o tortura.

#### **Elemento de análisis relevante:**

Es imprescindible dentro del manual exponer la obligación de resguardar la vida de las personas privadas de la libertad, comprender que más allá de la situación de salud, la condición de privación de libertad imprime sufrimiento, pero no se deben desconocer las diferencias en las capacidades humanas para soportarlo y enfrentarlo. La dignidad humana se funda en el hecho simple y esencial de pertenecer al género humano, la dignidad no es un adjetivo, la persona privada de la libertad es digna y la protección de su vida debe ser la razón primaria que da sentido a todo lo demás.

En este mismo sentido es necesario reconocer la dignidad de las personas y los derechos que ella le confiere, evitando las barreras administrativas del sistema que impiden el acceso equitativo a programas de salud pública y otros beneficios a las personas afiliadas al SGSSS.

#### **8.1.6 Principio de Totalidad**

El principio deriva directamente del imperativo de respeto de la vida y pone de relieve que el objetivo de la medicina es procurar el bien del paciente, en el cuerpo como la parte existe para el todo, el bien de la parte está subordinado al bien del conjunto; la aplicación de este principio permitiría la posibilidad de sacrificar un órgano para salvar una vida.(51)

No hay evidencia en el documento revisado de la aplicación del principio de totalidad, posiblemente porque sea de mayor aplicación en la atención a personas privadas de la libertad que se derivan a la red externa de mayor complejidad; sin embargo, el que una persona privada de la libertad tenga que enfrentar una situación límite en la que deba consentir el sacrificio de uno de sus miembros adquiere una dimensión mayor debido a las condiciones en que debe continuar su vida al interior del centro de reclusión, es la continuidad en la vida de esta persona que debe adecuarse por lo que considero necesaria la incorporación de este principio al manual. Si una persona no cuenta con la información suficiente y el apoyo profesional y administrativo necesarios puede tomar decisiones equivocadas que comprometan su vida.

#### **Elemento de análisis relevante**

La incorporación de un programa que permita el abordaje asertivo de situaciones que afectan el principio de totalidad, en personas privadas de la libertad donde temas como la información, el consentimiento informado, y la rehabilitación sean procesos y no actividades aisladas de las que no es posible obtener un adecuado impacto.

#### **8.1.7 Principio de Libertad y responsabilidad**

La libertad es una facultad inherente al ser humano que consiste en el dominio sobre sus propios actos, voluntad y razón son elementos básicos para ejercer la libertad responsablemente. No somos libres de elegir algunas circunstancias, sin embargo sí somos responsables para manifestar una respuesta ante cada una de ellas, sin importar la edad que tengamos o la situación específica en la que nos encontremos (75).

En el manual es posible evidenciar amplia y de forma minuciosa la descripción de las responsabilidades, competencias que la norma le confiere a cada una de las entidades que participan en la operación del modelo de atención en salud para las personas privadas de la libertad igualmente la definición del modelo plantea que tiene una responsabilidad sobre las personas que demandan servicios.

*Modelo de atención en Salud – M.A.S: Adoptado mediante las Resoluciones 5159 de 2015 y 3595 de 2016, comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los prestadores y los recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a la PPL, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema de salud penitenciario, su capacidad resolutoria, la **responsabilidad** sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia (65).*

El manual no aborda la responsabilidad ni la libertad como principios, conviene subrayar que la libertad y responsabilidad tendrían que ser guía obligada orientadora de las decisiones para cada uno de los intervinientes en el desarrollo de este modelo de atención, aun cuando resulte contradictoria la aplicación en personas privadas de la libertad. Entendiendo que los seres humanos somos libres para elegir el bien propio y el de los demás; la administración de un modelo de salud para personas con el grado de vulnerabilidad que imprime el estar privado de la libertad, significa un grado máximo de responsabilidad, pues se entrega para el cuidado la vida de muchas personas, a quienes debe garantizarse la conservación del más alto nivel de salud para que una vez se reintegren a la sociedad puedan continuar el proyecto de vida que temporalmente suspendieron.

### **Elemento de análisis relevante**

La libertad es un derecho. Fue reconocida por la comunidad internacional en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, firmada en París poco después de la Segunda Guerra Mundial. Tiene sus antecedentes en la Revolución francesa de 1789, y en los procesos de abolición de la esclavitud, gestados desde el siglo XVIII hasta finales del siglo XIX. Es necesario trabajar en ampliar el concepto de libertad, entendiendo que es más que un derecho y que implica un sentido de responsabilidad individual y social, actuar en libertad no es dejarse llevar por los impulsos, sino obrar con conciencia para el bien propio y común.

#### **8.1.8 Principio de Sociabilidad y subsidiaridad**

La vinculación y desarrollo del principio de subsidiaridad, sociabilidad o solidaridad además de ser un reto, sería un importante logro dentro de la implementación del manual, si se parte de que las entidades que organizan, administran y hacen posible el servicio de salud para personas privadas de la libertad reconozcan a las personas a las cuales dirigen sus esfuerzos, como

individuos capaces de comprender que pertenecen a un grupo, como tal deben organizarse, autoregularse, saber el valor de la propia vida y la de los demás, entender y validar la priorización en la utilización de los servicios, comprometerse en el cuidado de la salud propia y la de los demás, sugerir y conformar equipos de ayuda para el apoyo en el cuidado de internos que lo necesiten, entre otros beneficios que adicional a la reafirmación del valor que tienen como seres humanos contribuya a los procesos de resocialización.

Por otra parte, el manual no considera la posibilidad de donación de órganos, es importante estudiar este tema por cuanto es una opción abierta para la cual el modelo no está preparado, pero indudablemente es un derecho que una persona privada de la libertad tiene y deben definirse los medios para garantizar su ejercicio.

### **Elemento de análisis relevante**

El desarrollo a nivel personal de los principios de libertad y responsabilidad lleva indudablemente al ejercicio de la solidaridad, las personas privadas de la libertad durante el tiempo que permanezcan en un establecimiento son una comunidad que necesita desarrollar habilidades sociales que les permitan tener una sana convivencia, el fortalecimiento de estos principios promueve el adecuado y racional uso de servicios de salud, el cuidado de los ambientes de uso común, la disposición para ceder un lugar a otra persona que lo necesite más, entre otros.

## **8.2 ANALISIS DE CATEGORÍAS ADMINISTRATIVAS**

En esta categoría se agruparon como aspectos relevantes la gestión, el aseguramiento, calidad y el tema de vigilancia y control; a continuación, se presenta lo que se encontró al respecto.

Cuando se habla de bioética la primera asociación que se hace es la del paciente, un hospital y el médico. Sin embargo, además de los médicos y enfermeras en contacto directo con usuarios; hay otros profesionales, responsables de adelantar las labores administrativas necesarias para la operación de servicios de salud. En este sentido indudablemente el médico o el profesional debe ser administrador, debe gestionar los servicios de salud, se ha considerado para los fines que persigue este trabajo vincular a la gestión los temas de financiación, administración de recursos y contratación.

En el manual se encuentra un *uso limitado del concepto de gestión*, de manera frecuente utiliza la palabra gestión, la aplica particularmente al manejo de residuos, a sistemas de información, a los trámites que se realizan para el ingreso de personas y equipos a los establecimientos carcelarios, a los trámites necesarios para acceder a los servicios de salud y de forma muy importante y reiterativa en salud pública cuando se refiere a gestión del riesgo.

El Modelo de atención contempla el tema financiero por una parte desde la responsabilidad de cubrir la atención en salud con recursos provenientes del Fondo de atención en salud para la población privada de la libertad, es decir con recursos públicos.

Por otra parte, registra que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB deben adoptar los mecanismos financieros y operativos, necesarios para viabilizar lo referente a la atención intramural de los servicios de salud de la PPL. En este sentido es necesario precisar que para un sistema de salud de orientación neoliberal que promueve el mercado y la competencia, la administración del riesgo financiero es prioridad. De esta manera para una EAPB, solamente será viable trasladar un equipo de salud cuando identifique un número de personas privadas de la libertad en las que posiblemente pueda identificar enfermedades de alto costo que pongan en riesgo su estabilidad financiera.

Así las cosas, cuando en una cárcel hay solamente uno, tres, diez afiliados a una EPS, no serán prioridad y no se ofertará el servicio de salud intramural. Es importante mencionar que no hay normas desde el Ministerio de Salud que indiquen a las EAPB la obligación de ofertar la atención intramural a privados de la libertad afiliados, tampoco existe ningún incentivo económico como unidades de pago por capitación -UPC diferenciales que puedan ofrecer a las EAPB el equilibrio financiero para garantizar este tipo de atención.

Este contexto de mercado de la salud resulta altamente lesivo para las personas privadas de la libertad afiliadas al SGSSS, debido a que representan menos del 10% de la población privada de la libertad con medida intramural. Si el número de afiliados determina las acciones en beneficio de unos afiliados, al ser minoría que no representa rentabilidad, evidentemente se limita la realización de las acciones que dentro del principio de beneficencia se deberían realizar para salvaguardar la salud y en general la vida de la persona privada de la libertad afiliada. De la misma manera es un grupo de persona en el que el principio de justicia en términos de acceso a servicios de salud tampoco se aplica, ni desde la igualdad porque no acceden a los mismos servicios intramurales que se ofertan al general de la población y menos aún desde la equidad pues si prima el aseguramiento y la determinación de la responsabilidad por el pago de los servicios, la mayor necesidad definida desde la condición de salud no será el criterio que defina el acceso a los servicios.

La política de salud expresada en el Manual delega a la Entidad Fiduciaria la responsabilidad de optimizar el recurso financiero y humano mediante la contratación de redes de servicios externos que faciliten por cercanía a los establecimientos el traslado de los internos disminuyendo costos asociados a la logística del desplazamiento (65). Desde la visión bioética esta forma de operacionalizar los servicios tiene algunos cuestionamientos relacionados con la posibilidad de lesionar el derecho de libre acceso a servicios de salud, garantía de protección de la vida y beneficencia.

En este sentido, es necesario precisar que la fiducia mercantil se ha definido legalmente como un negocio jurídico en el cual una de las partes nombrada como fiduciante o fideicomitente transfiere uno o más bienes especificados a otra llamada fiduciario, que se obliga a administrarlos o a venderlos, en cumplimiento de la finalidad pactada en el contrato, y dichas actividades se pueden generar en provecho del fiduciante o de un tercero denominado como beneficiario o fideicomisario.(76)

Así entonces, la USPEC realiza el contrato de fiducia Mercantil en los términos que a continuación se relacionan y que se han copiado textualmente de la página web de la Fiduprevisora.

“El FONDO NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD es una cuenta especial de Nación creada en virtud de lo establecido en la Ley 1709 de 2014. En consecuencia, y en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1709 de 2014, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) suscribió con el CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2015, (integrado por las Sociedades Fiduprevisora S.A. y Fiduagraria S.A.), el Contrato de Fiducia Mercantil No. 363 de 2015 el cual tenía por objeto:

“(…) Administrar y pagar los recursos dispuestos por el fideicomitente en el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad. (...)” “(...) los recursos del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad que recibirá la fiduciaria DEBEN DESTINARSE A LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS DERIVADOS Y PAGOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LA PPL A CARGO DEL INPEC (...)”.

USPEC mediante acto administrativo de fecha 14 de diciembre de 2016, celebró con el Consorcio FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2017 mediante la modalidad de contratación directa, el Contrato de Fiducia Mercantil No 331 de 2016, para lo cual se continuó con la administración del PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE SALUD A LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD.

Por lo anterior, considerando que los objetivos de una entidad fiduciaria son estrictamente financieros y que el objeto del contrato es la administración del Fondo Nacional de Salud para la Población privada de la Libertad, posiblemente los objetivos de optimización de recursos a través de la contratación de la red a que aspiran en el documento no se den.

En cuanto a calidad, vigilancia y control es difícil transferir los criterios que se han definido para el SGSSS, a los servicios de salud que se ofertan a las personas privadas de la libertad bajo la cobertura que entrega los recursos del Fondo de Atención en Salud para la PPL, en primera instancia porque dentro del modelo no está contemplado o definido quien asumiría las responsabilidades de la EAPB, EPS, IPS, de manera que no es posible la operación, gestión, reporte y seguimiento a los servicios, que cumplan con los estándares de calidad definidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por otra parte la actividad de Vigilancia y Control para una entidad Fiduciaria la ejerce la Superintendencia Financiera, es difícil que los objetivos en salud se

puedan alinear con objetivos financieros, los costos en salud comúnmente son altos y cuando una persona está privada de la libertad factores como el desplazamiento hacen que se aumenten, de manera que la administración de servicios de salud por parte de una entidad que por su naturaleza cubre el riesgo financiero puede no ser la mejor posibilidad para la salud de estas personas en términos de calidad y desde la perspectiva de los criterios de continuidad, oportunidad accesibilidad y seguridad.

En este mismo sentido, no se define claramente en la norma que entidad tendría la competencia de Vigilancia y Control, pues es una entidad financiera administrando recursos destinados a salud para ciudadanos colombianos en condición de privación de libertad, cuyos resultados deberían ser vigilados por la Superintendencia de Salud.

En cuanto a calidad en general el documento acoge los conceptos de calidad y auditoría que se contemplan para el SGSSS, es evidente el interés de transferir y aplicar los indicadores y criterios allí definidos. Llama la atención el tema de mantenimiento, disposición de equipos e infraestructura y cumplimiento de criterios mínimos necesarios para habilitar servicios de salud; este tema genera preocupación debido a que aun cuando se ha descrito un modelo para el cual se aspira alcanzar los lineamientos y condiciones mínimas necesarias que debe cumplir una IPS para prestar servicios de salud, la Resolución 2003 de 2014 en el numeral 2 que trata de condiciones de habilitación refiere *“Las condiciones de habilitación corresponden al conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios, no les serán aplicables los procedimientos y condiciones de habilitación contenidos en la presente resolución.”*(77)

Los estándares que propone la Resolución para habilitar servicios de salud son talento humano, infraestructura; dotación; medicamentos, dispositivos médicos e insumos; procesos prioritarios, historias clínicas y registros. Cuando se habla de calidad cumplir estos criterios son lo mínimo necesario para prestar un servicio de salud; entonces, ¿Cuál es la razón por la que se exceptúa del proceso de inscripción y habilitación a los servicios intramurales de salud que se prestan a población privada de la libertad?

Al respecto podrían generarse dos respuestas desde mi percepción, la primera que son servicios de salud que por la condición de vulnerabilidad que imprime la privación de libertad requieren unos estándares de calidad más altos. La segunda que se acepta la prestación de servicios de salud en condiciones de calidad inferiores a las definidas para el general de los colombianos.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que entre tanto el prestador intramural no cumpla con los procesos de inscripción en el Registro Único de Prestadores de Salud -REPS y habilitación no será viable la celebración de

contratos con las EAPB, acuerdos de voluntades a través de los cuales se podría garantizar el acceso a los servicios de salud intramural en igualdad de condiciones a la PPL afiliada al SGSSS, superando las barreras administrativas que actualmente obligan a que estas personas deban desplazarse a una IPS externa para recibir servicios de salud.

Así mismo, llama la atención que el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad no hace parte del SGSSS, sin embargo, se excluye explícitamente de la habilitación en la norma.

Por último, el aseguramiento siendo la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficiosos, se ha constituido en una barrera para el acceso a servicios de salud principalmente para las personas privadas de la libertad a filiadas al SGSSS, siendo más fácil y oportuno el acceso atención primaria para las personas cubiertas con los recursos del Fondo para las personas privadas de la libertad.

La Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: *la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario* (18). Esta definición es aplicable para las personas cubiertas con los recursos del Fondo particularmente en el tema de gestión del riesgo descrito y tan ampliamente trabajado en el componente de salud pública, sin embargo, excluyente o no vinculante de su ejercicio en las personas privadas de la libertad afiliadas al SGSSS.

### **8.3 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS DE SALUD**

En esta categoría el objetivo principal fue analizar desde una perspectiva bioética la atención en salud que propone el modelo, desde condiciones que podrían representar mayor vulnerabilidad para la vida humana como son el inicio y final de la vida, la enfermedad mental, las enfermedades crónicas y las enfermedades catalogadas como alto costo.

Considerando que dentro del manual no hay referencia explícita un plan de beneficios o servicios que oferta para cada uno de los grupos que se han elegido dentro de esta categoría, pero emplea en diferentes apartes los términos MIAS, APS y rutas; se hace necesario para el análisis considerar los servicios que establece la norma para las personas afiliadas al SGSSS; en este sentido es importante hablar de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), a través de la cual se define la operación de la salud en Colombia, para el desarrollo de esta política se implementó el Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS, el cual se desarrolla a través de un

modelo de gestión sanitaria basado en el aseguramiento y prestación de servicios de salud con enfoque en la diversidad étnica y cultural, Atención Primaria en Salud -APS, familia y comunidad; centrado en los procesos que garanticen el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS mediante las cuales definen las condiciones necesarias para garantizar la integralidad de la atención en salud. (78)

Para este análisis es necesario retomar apartes de lo definido por la Ley 1751 de 2015 como atención de calidad en salud artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye en los elementos esenciales que han definido la atención de calidad. Esta misma Ley, define en el artículo 8°. *La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.* (39)

En este sentido se hace necesario precisar que el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad no hace parte del SGSSS, sin embargo el Manual analizado está conformado por múltiples aparte de las diferentes normas que rigen este sistema, la intencionalidad de garantizar a las personas privadas de la libertad servicios de salud que como mínimo garanticen un plan de beneficios igual al del general de la población en Colombia es evidente, sin embargo aun cuando se lograra esta condición no es suficiente por cuanto la condición de perdida de la libertad desencadena una serie de necesidades en salud que requieren de la implementación de servicios en forma diferente a la prevista para en el plan de beneficios convencional; por ejemplo en salud mental, el plan de beneficios Resolución 2481 del 2020 Artículo 62. Psicoterapia ambulatoria para la población general. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la etiología o la fase en que se encuentre la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario (79).

El ingreso a un centro carcelario, implica ya un fuerte impacto para la salud mental, si a esa situación se suman los conocidos y tan ampliamente documentados

en la literatura problemas de consumo de sustancias psicoactivas y los procesos de resocialización esta cobertura posiblemente no es suficiente.

En temas relacionados con enfermedades de alto costo y huérfanas la Ley 1751 de 2015, define en su artículo 11. *Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.*(39)

El manual contiene y hace referencia a la atención que se oferta para población diferencial, hace referencia a procesos que no hacen parte integral del documento por lo que no es posible su verificación.

En cuanto a enfermedades crónicas, la referencia normativa en Colombia se encuentra en el Decreto No. 3.039 que adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 dentro de las prioridades nacionales en salud incluye disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, con especial énfasis en el diagnóstico temprano, la prevención y control a través del seguimiento y análisis por cohortes, de pacientes con tuberculosis, infección por VIH, insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes e hipertensión y cualquier otra condición priorizada, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.

En el manual hay referencias específicas de atención a los grupos que se mencionan en la norma, desde el componente de salud pública, sin embargo, no es claro cómo se realizan estas intervenciones o se hace seguimiento a las personas afiliadas al SGSSS.

En cuanto a la protección al inicio de la vida, haciendo referencia específica a las mujeres privadas de libertad y el acceso a los servicios de salud, para ellas y los menores de tres años que conviven con sus madres en los centros de reclusión. Se reglamenta a través del Decreto 2553 de 2014 en el Artículo 6. *Atención integral a niños y niñas menores de tres (3) años y apoyo a mujeres gestantes y madres lactantes. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, por intermedio de las entidades administradoras, ofrecerá servicios para la atención integral de los niños y niñas en el establecimiento de reclusión en el marco de la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia denominada "De cero a siempre", así como de formación para el ejercicio de la maternidad a las mujeres gestantes y madres lactantes privadas de la libertad* (80).

La atención para estas personas se garantiza a través de prestadores intramurales y red externa contratada, nuevamente no hay referencia a la particularidad cuando se trata de personas afiliadas al SGSSS.

Por último, frente a los cuidados al final de la vida, el manual contempla como lo establecen las normas la garantía del cuidado paliativo Resolución 2481 de 2020, artículo 66. Atención paliativa. *“Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, la atención con internación o la atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya. con las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo (79).*

Es importante tener en cuenta que en Colombia, existe la posibilidad de que el Juez autorice que la sanción privativa de la libertad se cumpla en la residencia del condenado o en un centro hospitalario, no cualquier enfermedad o estado de salud grave habilitan al juez de ejecución de penas y medidas de seguridad para autorizar que la sanción privativa de la libertad se cumpla en la residencia del condenado o en un centro hospitalario, indicó la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia (81).

Además de eso, el padecimiento médico debe ser incompatible con la vida en reclusión, sin dejar de lado que tales situaciones deben ser valoradas por un médico legista especializado, al tenor del artículo 68 del Código Penal, el cual regula la reclusión domiciliaria u hospitalaria por enfermedad muy grave; igualmente la Corte Suprema de Justicia -CSJ Sala Penal, Auto AP-40242018 (53601), Sep. 18/18. Define: *“Quien se encuentre en privación de la libertad (intramural o domiciliaria) y cuente con afiliación al régimen contributivo (cotizante o beneficiario), o tenga, además de la atención de una empresa prestadora de salud (EPS), un sistema voluntario de salud, conserva su afiliación y la de su grupo familiar; por tanto, la atención, el tratamiento médico y el suministro de medicamentos debe continuar sin alteración alguna” (81).*

De manera que atendiendo a lo anterior es loable desde el respeto por la dignidad humana el contar con la posibilidad de trasladar a una persona en condiciones de salud extremas a su casa o a una entidad de salud que pueda garantizar de manera integral los cuidados que requiere. No obstante se presentan algunas dificultades cuando el Juez ordena la reclusión hospitalaria por enfermedad muy grave, principalmente cuando esta medida se ordena para una persona afiliada al SGSSS, debido a que todos los procedimientos que se realizan dentro del plan de beneficios se han normalizado, a través de códigos únicos de procedimientos, de los cuales no hace parte o no existe un código para cumplir una orden judicial; lograr la confluencia entre la orden judicial y la sustentación clínica

de la necesidad de hospitalización no es tan sencillo, requiere tiempo y en algunas oportunidades una persona en estas condiciones no lo tiene, o se hace un inadecuado uso del este recurso al punto de lograr el desgaste y sobrecarga de los sistemas judiciales y de salud.

## **9. CONCLUSIONES**

En las cárceles al igual que en muchas instituciones, es posible evidenciar que los esfuerzos y espíritu altruista que motiva a un importante número de personas para proponer e implementar programas y servicios que cumplan las normas internacionales de respeto a los derechos humanos, no son suficiente pues, continúan encontrándose y haciéndose manifiestas muchas dificultades, para las cuales el estado en el afán de control y de manejo que se espera, emiten gran cantidad de normas, que desafortunadamente no incorporan la visión bioética necesaria que le permita articular y proyectar servicios de salud pensados desde y para la dignidad de las personas.

En la salud penitenciaria general, es posible ver las dificultades que se presentan al desarrollar programas asistenciales alternos al sistema general de salud de cada país, se evidencian importantes esfuerzos por igualar los planes de salud para la población privada de la libertad a los planes de la comunidad general, España ha tenido importantes logros en este campo, otros países como Brasil son conscientes de las grandes brechas que hay incluso en el sistema de salud que se oferta a la población general, en Chile donde hay un sistema de salud para las personas privadas de libertad muy similar al de Colombia, continúa trabajando para mejorarlo.

En Colombia se desarrolla un modelo de atención alternativo al Sistema General de Seguridad social en Salud- SGSSS, a través de diferentes normas trata de igualar o al menos acercar el modelo de atención al SGSSS, sin embargo, considerando que desde la concepción misma del sistema, la población privada de la libertad no se vinculó, se encuentran dificultades como: ausencias normativas e imposibilidad de aplicación de algunas normas que representan desde la perspectiva bioética una fuerte afectación a la aplicación de los principios bioéticos principalmente concebidos desde el la Bioética personalista. Es decir, la política que define y regula el modelo de atención en salud para las personas privadas de la libertad en Colombia, no está fundada sobre principios bioéticos centrados en la persona.

El Manual Técnico Administrativo para la Implementación del Modelo de Atención en Salud de la Población Privada de la Libertad a Cargo del INPEC, que ha sido objeto de estudio para este trabajo refleja en buena medida las políticas y el pensamiento subyacente que hay desde el punto de vista bioético, el trabajo que se realizó permitió identificar fortalezas y debilidades.

Desde la perspectiva bioética se han identificaron como debilidades:

1. Se precisa reconocer en el privado de libertad una persona con capacidad para decidir en los diferentes campos de su vida, es penoso reducir el reconocimiento de su autonomía solamente al ejercicio de la sexualidad.
2. Parte del reconocimiento del privado de libertad como persona es el respeto por su intimidad, entre más fuentes de información se tengan, mayor es la dificultad para garantizar la protección de la información de carácter privado.
3. El desarrollo de un modelo de salud de manera alterna al SGSSS, los vacíos normativos que aceptan excepciones principalmente relacionadas con calidad en las condiciones para la prestación de servicios de salud.
4. La excepción del proceso de inscripción y habilitación de los servicios intramurales de salud que se prestan a población privada de la libertad.
5. La inexistencia normativa de un plan de beneficios específico para esta población, el cual debe estructurarse desde el principio de justicia específicamente desde la equidad.
6. La inmersión en el modelo de los regímenes contributivo y de excepción sin la plena posibilidad de articular y evitar barreras administrativas para el acceso.
7. El desconocimiento del derecho a la libre elección que se define en la Ley estatutaria 1751 de 2015, principalmente para las personas que venían afiliadas al régimen subsidiado.
8. No es posible hablar de justicia desde el reconocimiento de la igualdad y la disposición de servicios con equidad, el aseguramiento y los temas administrativos principalmente económicos, priman sobre el acceso a los servicios de salud.

9. Un ambicioso y estructurado procedimiento para el desarrollo de las actividades colectivas de salud pública, pero desarticulado de los procedimientos asistenciales individuales, situación que pone en riesgo el reconocimiento de la persona como individuo con necesidades particulares que van más allá de la generación de un indicador; así la gestión del riesgo se orienta más a cumplimiento de metas y protección de temas contractuales que a intervenir el riesgo de enfermedad o deterioro del estado de salud de las personas.

Es relevante desde la visión bioética la usencia del consentimiento informado, teniendo en cuenta que este es la expresión formal del principio de autonomía. En esta condición se encuentran la mayor parte de los países de América donde el consentimiento informado es un tema aun no resuelto en el ámbito penitenciario. Sin embargo, respecto a países como España donde hay una norma que permite la aplicación de tratamientos forzosos a personas privadas de la libertad Colombia estaría en una condición favorable que le permite trabajar en este tema desde una visión bioética que salvaguarde el respeto por la autonomía de la persona privada de libertad.

Como oportunidades de mejoramiento se identificaron:

1. El desarrollo del concepto de autonomía dentro del manual y la estructuración del consentimiento informado.
2. La unificación del sistema de información que permita garantizar la confidencialidad.
3. Abordar adicional a la patología mental diagnosticada, los problemas de farmacodependencia, así como el plan de resocialización que está destinado a la totalidad de la población carcelaria y no depende del aseguramiento.
4. La propuesta reciente que plantea la modificación al sistema de salud colombiano, es una oportunidad para visibilizar las dificultades e inconsistencias que presenta el actual modelo de atención y corregirlas.
5. El desarrollo de los principios de libertad y responsabilidad, orientados principalmente a rescatar en las personas privadas de la libertad la competencia de libremente optar por el bien propio y el de los demás, orientando este esfuerzo hacia la promoción de hábitos de vida saludable, autocuidado, adherencia a tratamientos y cuidado del ambiente como parte del proceso de resocialización.
6. Como reto se adelantar acciones relacionadas con el principio de solidaridad, y subsidiaridad el cual debe materializarse en la elaboración

del procedimiento para que una persona privada de la libertad sea donador o receptor de órganos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. PhD thesis, Cent Univ Technol China [Internet]. 2008;1-20. Disponible en:  
[http://www.infosal.uadec.mx/derechos\\_humanos/archivos/17.pdf](http://www.infosal.uadec.mx/derechos_humanos/archivos/17.pdf)
2. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-588A-14 Derecho a la Seguridad Social. 2014.
3. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-049-16 Derechos del Interno. Relación de especial sujeción entre el Estado y las personas privadas de la libertad. 2016.
4. Constitución Política de Colombia 1991. 1991;1991:1-19.
5. Colombia C de la R de. LEY 65 DE 1993. Código Penit. 1993;00226020(3):1-8.
6. Colombia C de la R de. Ley 1709 de 2014. 2014;1-47.
7. OMS Organización Mundial de la Salud. Salud Y Derechos Humanos. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 1977;23(1):67-82.
8. Planeación DN de. Aseguramiento. 2021;2011-3. Disponible en:  
<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/aseguramiento.aspx>
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 De 1993. J Chem Inf Model. 2013;53(diciembre 23):1689-99.
10. Vaquero CP. Cuando se crearon las prisiones. 2013; Disponible en: <http://cj-worldnews.com/spain/index.php/en/derecho-31/in-albis1/item/2662-¿cuándo-se-crearon-las-prisiones?#:~:text=El nacimiento de las cárceles,inspirado en el humanismo%2C donde>
11. Porto D. Bioética en Latinoamérica : desafío al poder hegemónico. 2014;22(2):214-25.
12. Nava J. Qué es un sistema de salud. Web [Internet]. 2017;1. Disponible en:  
<https://es.slideshare.net/JoelNava/anexo-4-qu-es-un-sistema-de-referencia>
13. Vera I. Bismarck vs Beveridge, el cara a cara de los sistemas sanitarios en la Unión Europea. 24/09/2018 [Internet]. 2018;1-4. Disponible en:  
<https://www.plantadoce.com/entorno/bismarck-vs-beveridge-el-cara-a-cara-de-los-sistemas-sanitarios-en-la-union-europea.html>
14. Barreneche CL. La salud en la seguridad social Healthcare and social

security . 2010;187-94.

15. Corte constitucional, Consejo Superior de la Judicatura. Constitución Política de Colombia 1991. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016. Repub Colomb [Internet]. 1991;1-170. Disponible en: [http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia.pdf](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf)
16. Mendieta González D, Jaramillo CE. El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. Rev Latinoam Derecho Soc. 2019;1(29):201.
17. León J, Echavarría G. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. 2011;7-19.
18. Colombia C de la R de. Ley 1122 de 2007. J Mater Process Technol. 2007;11. COLOMB(1).
19. Social M de S y P. Aseguramiento al sistema general de salud. 2021;1-2. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>
20. Social M de salud y P. Aseguramiento, Régimen subsidiado. 2021; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/regimen-subsidiado.aspx>
21. Consultorsalud. ¿Quiénes deben cotizar al régimen de excepción en Colombia? septiembre [Internet]. 2019; Disponible en: <https://consultorsalud.com/quienes-deben-cotizar-al-regimen-de-excepcion-en-colombia/>
22. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2015;13. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
23. Ministerio de Salud G de C. Modelo de Atención Integral en Salud. Angew Chemie Int Ed. 2005;6(11):951-2.
24. Actualícese. Modelo Integral de Atención en Salud: el avance más importante de Colombia en las últimas décadas ? 18 julio [Internet]. 2018;1-5. Disponible en: <https://actualicese.com/modelo-integral-de-atencion-en-salud-el-avance-mas-importante-de-colombia-en-las-ultimas-decadas/>
25. Penitenciarias M del I. Calidad asistencial en sanidad penitenciaria en España. 2010; Disponible en: [http://www.calidadasistencial.es/images/gestion\\_soc/documentos/37.pdf](http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/37.pdf)
26. Asociación Correccional Estadounidense (ACA). Atención médica correccional [Internet]. 2021. p. 5-7. Disponible en:

[https://www.aca.org/ACA\\_Prod\\_IMIS/ACA\\_Member/Healthcare/About\\_Us/ACA\\_Member/Healthcare\\_Professional\\_Interest\\_Section/HC\\_About.aspx?hkey=e9d55fc8-f10b-4222-ad99-f994031d2bec](https://www.aca.org/ACA_Prod_IMIS/ACA_Member/Healthcare/About_Us/ACA_Member/Healthcare_Professional_Interest_Section/HC_About.aspx?hkey=e9d55fc8-f10b-4222-ad99-f994031d2bec)

27. Winkler Müller MI, Letelier Soto A. ¿Una misma deontología para distintas ciencias? Revisión de pautas nacionales e internacionales en ética de la investigación científica. *Acta Bioeth.* 2014;20(1):81-91.
28. Sanhueza GE, Pérez F. Prison concessions in Chile: Empirical evidence and future prospects 10 years after their creation [Cárceles concesionadas en Chile: Evidencia empírica y perspectivas futuras a 10 años de su creación]. *Polit Crim [Internet]*. 2017;12(24):1066-84. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85040347083&partnerID=40&md5=b1ac0af8f50a85e4dbbf8d218ba45282>
29. Tratos O, Español D. Respuestas del Brasil a las recomendaciones y a la solicitud de información formuladas por el Subcomité \* \*\*. 2021;1-23.
30. Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev Bioética.* 2018;26(2):282-90.
31. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 1069 de 2015 Reglamentario del sector Justicia. *Acta Med Scand.* 2015;93(S85):22-70.
32. Guth AZ, Ap RSA, Rebouças A, Paulo S, Cliente NDO. Decreto 2245 de 2015. 2015;53.
33. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 2245 de 2015. 2015;
34. Lolas F. *Temas de Biética.* 2003. p. 47.
35. Garcia Juan. Bioética Personalista y Bioética Principialista. *Perspectivas | Bioética web. Bio.etica web [Internet]*. 2012;1-12. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/bioactica-personalista-y-bioactica-principialista-perspectivas/>
36. Pessini L, Bertachini L. Aspectos bioéticos en la toma de decisiones para la calidad de la atención en salud. *Interfaces (Providence).* 2006;XII:231-42.
37. Martinez Barrera J. Los fundamentos de la bioética de H. Tristram Engelhardt. *Sapientia.* 1997;52(201):99-115.
38. Carlos Andrés Moreno Urán; Katherine Esponda Contreras. El concepto de autonomía en la fundamentación de la metafísica de las costumbres de I. Kant. *Cuadrantephi.* 2008;(17):1-13.
39. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social 2015 p. 13. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf)
40. Miralles. The Principle of Human Dignity As the Foundation. *Cuad Bioet Rev Of la Asoc Esp Bioet y Etica Medicade Bioética.* 2013;201-22.

41. Basterra M. La autonomía como derecho fundamental de los pacientes. Dicc Enciclopédico la Legis Sanit Argentina [Internet]. 2017;1-4. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-autonomia-como-derecho-fundamental-de-los-pacientes>
42. Hern GA. Historia del Consentimiento Informado. 2021;1-9.
43. Kong H. Declaración De Helsinki De La Amm – Principios Éticos Médicas En Seres. 1989;1-16.
44. Juan J, Personalista B, Principialista YB, García JJ. Bioética personalista y Bioética principialista. Perspectivas. 2013;XXIV:67-76.
45. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010;22(22):121-57.
46. Lydia Feito Grande, Departamento de Medicina Preventiva SP e H de la C. Fundamentos de Bioética de Diego Gracia. 2011;
47. Solana EP. Justicia , principio de. 2016;(April).
48. Observatori de Bioética i Dret Parc Científic de Barcelona. El informe Belmont, 1979 [Internet]. 1979 p. 10. Disponible en: [www.bioeticayderecho.ub.es-www.bioeticaidret.cat](http://www.bioeticayderecho.ub.es-www.bioeticaidret.cat)
49. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57(4):254-8.
50. Lues MF. Equidad y Justicia en Salud, Implicaciones para la Bioética. 2003;29782274.
51. García B. Los principios de la Bioética Bioethic's principles. 2015;
52. Herranz G. El respeto, actitud ética fundamental en la Medicina. 1985;1-12.
53. Leon FJ. Dignidad Humana, Libertad y Bioetica. Vol. 0, Persona y Bioética. 1997. p. 124-47.
54. Zapata-Ospina JP. La responsabilidad: un principio para retomar en la reflexión bioética. Iatreia. 2019;32(4):338-45.
55. De L, Serrano JM. Los principios de la bioética (J.M. Serrano). 2003;1-13.
56. Millán-Atenciano MÁ, Tomás y Garrido GM. Persona Y Rostro, Principios Constitutivos De La Bioética Personalista. Pers y Bioética. 2012;16(2):165-74.
57. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. 2006;3-6.
58. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la calidad en salud. Minist Salud y Prot Soc [Internet]. 2014;1. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx>

59. Ministerio de Salud. Decreto 1280 de 2002. 2002;5-7. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5355>
60. Supersalud. Circular Unica. Supersalud [Internet]. 2010;(32):61-2. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularUnica/CIR\\_U\\_T\\_II.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularUnica/CIR_U_T_II.pdf)
61. Paloma A, Morga G. Los cuidados paliativos en la enfermedad mental . 2013;
62. Issn O, Mental S, Relação EB. Acta bioethica Salud mental y Bioética Relación. 2021;1-9.
63. 14 OMS \_ Cuidados paliativos.
64. Martín SQ. Crítica del Enfoque Principialista. 2002;195-208.
65. Peniteciarios UDES. Mnual Técnico Administrativo para la Implemetación del Modelo de Atención en Salud de la Población Privada de la Libertad a Cargo del INPEC. 2020;
66. Remolina Angarita N. Corte Constitucional se pronuncia respecto del derecho a la confidencialidad de la información relacionada con la salud de las personas y sobre el sistema único de información en salud. 2014;1-15.
67. Sogi C, Zavala S, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010. An la Fac Med. 2012;73(1):19.
68. García Guerrero J. Informed Consent: Something Unresolved in the Penitentiary Setting | El Consentimiento Informado: Algo no Resuelto en el Ámbito Penitenciario. Cuad Bioet. 2018;29(96):125-36.
69. Spinelli H, Marcelo M. Equidad en salud teoría y praxis. 2002;31.
70. On-line I. Revista Bioética Igualdad , equidad y justicia en la salud a la luz de la bioética. 2021;1-12.
71. López Vélez, Luis Emilio y Zuleta Salas GL. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas Luis. Fr 174. 2020;62:1-30.
72. Moreno RP. La riqueza del principio de no maleficencia. Cir Gen. 2011;33(S2):178-85.
73. Organización L, Naturales C. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Bioètica debat Trib abierta del Inst Borja Bioètica. 2009;15(55):8-14-14.
74. Matons L. Defensa de la vida física del paciente en estado terminal: entre la dignidad y la autonomía [Internet]. Vol. 2. 2014. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/1487/1/defensa-vida-fisica-paciente-terminal.pdf>

75. WILD R. Libertad Y Responsabilidad. Educ para ser. 2019;227-44.
76. Mercantil F. Fiducia Mercantil. 2021;1-12.
77. Social M de S y P. Resolución 2003 de 2014. 2014;2014(May):203.
78. Bravo DG. Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. 2018;1-10.
79. Salud MDE, Resoluci S, Salud ELMDE, En S, Que C, Constitucional C, et al. Resolución 2481 de 2020. 2020;
80. Ministerio de justicia y el Derecho. Decreto 2553 de 2014. 2014;
81. Penal S, Suprema C. Para acceder a reclusión domiciliaria el padecimiento médico debe ser incompatible con la vida en prisión. 2021;2-4.