

**MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN
PRIVADA DE LA LIBERTAD BAJO LA INSPECCIÓN,
CUSTODIA Y VIGILANCIA DEL INSTITUTO NACIONAL
PENITENCIARIO Y CARCELARIO (INPEC) Y LOS MENORES
DE TRES AÑOS QUE CONVIVAN CON SUS MADRES AL
INTERIOR DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN
DEL ORDEN NACIONAL.**

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO
MARTÍNEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO
RODRIGUEZ**

Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ
SALDARRIAGA**

Viceministro de la Protección Social

**LEYDI TATIANA AGUILAR
RODRÍGUEZ**

Directora de Prestación de Servicios y
Atención Primaria (E)

DANIEL FELIPE SOTO MEJÍA

Director de Regulación de la Operación
del Aseguramiento en Salud, Riesgos
Laborales y Pensiones

HERIBERTO VASQUEZ

Director Epidemiología y Demografía (E)

MARITZA ISAZA GÓMEZ

Jefe de Oficina
Oficina de Promoción Social

**CESAR LEONARDO PICON
ARCINIEGAS**

Jefe Oficina de Gestión Territorial
Emergencias y Desastres
Director Desarrollo del Talento
Humano en Salud (E)

ANA MILENA MONTES CRUZ

Jefe de Oficina
Oficina de Calidad

TATIANA LEMUS PEREZ

Directora Promoción y Prevención

YENNY PILAR TORRES CASTRO

Jefe Oficina Asesora de Planeación y
Estudios Sectoriales

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ

Directora Medicamentos y
Tecnologías en Salud

DIDIER ANIBAL BELTRAN CADENA

Jefe Oficina de Tecnología de la
Información y la Comunicación (E)

JOHN EDISÓN BETANCUR ROMERO

Director Regulación de beneficios,
Costos y tarifas del aseguramiento
en salud

ANGELA LUCILA BARRIOS DIAZ

Subdirectora de Prestación de Servicios (E)

OTONIEL CABRERA ROMERO

Director de Financiamiento Sectorial

**CATHERINE H. RAMIREZ
GUTIERREZ**

Líder técnico Subdirección de Prestación de
Servicios

**NIDIA CAROLINA
SAAVEDRA FLORIAN.**

Líder Jurídico Dirección de Regulación de la
Operación del Aseguramiento en Salud,
Riesgos Laborales y Pensiones



EQUIPO INTERSECTORIAL

FIDEL IGNACIO ESPITIA ORDOÑEZ

Director General (e) Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - UPSEC

JAVIER ENRIQUE GÓMEZ HURTADO

Asesor Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - USPEC

TENIENTE CORONEL DANIEL FERNANDO GUTIÉRREZ ROJAS

Director General Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC

LUZ DARY ESTUPIÑAN BAUTISTA

Subdirectora de Atención en Salud Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00

97 Bogotá D.C., Colombia



Contenido

Abreviaturas	5
Introducción	6
Justificación	11
1. Objetivo del modelo de atención	14
2. Principios orientadores del modelo de atención	14
3. Definiciones	15
4. Enfoque de género en el modelo de atención	26
5. Atención integral en salud con enfoque de género y diferencial con perspectiva interseccional para mujeres gestantes, lactantes y la primera infancia en el marco de la implementación del modelo de atención en salud para la PPL	28
6. Componentes del modelo de atención en salud	39
6.1. Prestación de servicios de salud	40
6.2. Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad – RIIPPL	47
6.3. Condiciones de calidad	61
6.4. Sistema de referencia y contrarreferencia	63
6.5. Salud pública	75
6.6. Seguimiento y evaluación del modelo de atención en salud	93
7. Talento humano en salud para la operación del Modelo de Atención en Salud para la PPL97	
8. Manual operativo para la implementación del modelo de atención en salud	104

Abreviaturas

ADRES. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
APS. Atención Primaria en Salud
CAMAD. Centro de Atención Móvil para Drogodependientes
COSAD. Comité de Seguimiento a la Prestación de los Servicios de Salud de la PPL
DIER. Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión
EBS. Equipos Básicos de Salud
EME. Examen Médico de Egreso
EMI. Examen Médico de Ingreso
EPS. Entidades Promotoras de Salud
ERON. Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional
ESE. Empresa Social del Estado
GAGAS. Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria
GPC. Guía de Práctica Clínica
INPEC. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
IPS. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS. Infecciones de Transmisión Sexual
IVC. Inspección, Vigilancia y Control
IVE. Interrupción Voluntaria del Embarazo
MSPS. Ministerio de Salud y Protección Social
ONG. Organización No Gubernamental
OSIGD. Orientación Sexual e Identidad de Género Diversa
PERM. Atención Permanente
PPL. Población Privada de la Libertad
PROG. Atención Programada
RIAS. Rutas Integrales de Atención en Salud
RIIPPL. Red Integral e Integrada para la Atención en Salud de la Población Privada de la Libertad
RIIS. Redes Integrales e Integradas de Salud
RIPS. Registro Individual de Prestaciones de Salud
SAFL. Salas Amigas de la Familia Lactante
SGSSS. Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISIPEC. Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario
SIVIGILA. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SPA. Sustancias Psicoactivas
TB. Tuberculosis
TB/VIH: Coinfección Tuberculosis / Virus de Inmunodeficiencia Humana
UAP. Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud
UPGD. Unidad Primaria Generadora de Datos
USPEC. Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios
VAPSI. Valoración Psicológica de Ingreso
VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIH/SIDA. Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VOI. Valoración Odontológica de Ingreso

Introducción

La Ley 1709 de 2014 reformó varias disposiciones de la Ley 65 de 1993, en especial aquellas relativas a la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad, disponiendo, en el artículo 66, modificadorio del artículo 105 de la Ley 65 de 1993, en relación con el servicio médico penitenciario y carcelario, que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), deberán diseñar un Modelo de Atención en Salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad - PPL, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, que tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.

En este sentido, el Modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional que ha sido diseñado será implementado por la USPEC, en coordinación con el INPEC, quienes adelantarán los trámites correspondientes, ante el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. Para el abordaje operacional, la USPEC e INPEC definirán los manuales técnicos necesarios para la implementación de este Modelo. Bajo estas premisas, la Unidad de Servicios Penitenciarios mediante comunicación del 24 de marzo, manifiesta la aceptación técnica del Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad (PPL), y menores de tres años que conviven con sus madres aludiendo a que *esta versión representa un avance sin precedentes en la garantía del derecho fundamental a la salud, integrando un enfoque de género e interseccionalidad que dignifica la atención intramural.*

Además de las instancias anteriormente señaladas, se requiere la coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, para el cumplimiento de las directrices establecidas en el modelo para la atención intramural a la población privada de la libertad que se encuentre afiliada a dichas entidades y se garantice el acceso efectivo a los

servicios de salud a los servicios de salud independiente de su lugar de reclusión de conformidad con la normatividad vigente.

Dicho modelo comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de los procedimientos e intervenciones en salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y gestionar los riesgos en salud de dicha población a través del continuo de la atención, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad de los diferentes actores involucrados con respecto a la atención de las Personas Privadas de la Libertad que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia.

Se señala que la atención en salud de los niños y niñas menores de tres años que conviven con sus madres privadas de la libertad debe garantizar, de manera prioritaria, el interés superior del niño, el derecho a la salud, a la nutrición adecuada, al desarrollo integral y a recibir cuidados acordes con su etapa del curso de vida, independientemente de la condición jurídica de su madre.

En este sentido y a partir de las situaciones específicas de la población privada de la libertad, en especial, las mujeres gestantes, madres lactantes y de los niños y niñas que conviven con ellas en establecimientos penitenciarios y carcelarios se incorpora de manera transversal el enfoque diferencial, de género y de curso de vida para la atención integral en salud, reconociendo las condiciones específicas de vulnerabilidad derivadas de la privación de la libertad, la maternidad y las desigualdades estructurales.

El Modelo incluye todas las fases de la atención en salud para la población privada de la libertad desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y muerte digna; y se estructura en los siguientes componentes:

1. Prestación de Servicios de Salud.

2. Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad – RIIPPL
3. Condiciones de Calidad.
4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
5. Salud Pública.
6. Seguimiento y Evaluación del Modelo.

El presente Modelo de Atención en Salud aplica a la población privada de la libertad bajo la inspección, custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y, de manera específica, a los niños y niñas menores de tres (3) años que conviven con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, en el marco de la garantía del derecho a la salud, bajo un enfoque diferencial, de derechos, de género y de curso de vida. Además, la atención en salud a las mujeres privadas de la libertad y a sus hijos e hijas deberá desarrollarse bajo principios de dignidad humana, confidencialidad, no revictimización y respeto por la autonomía, evitando prácticas discriminatorias, estigmatizantes o punitivas que puedan afectar el bienestar del binomio madre-hijo, en concordancia con el enfoque de derechos y el interés superior del niño.

La reducción de las brechas y desigualdades en la atención en salud de la PPL constituye uno de los propósitos centrales que articula los componentes del modelo teniendo en cuenta que la población privada de la libertad ha sido históricamente una de las más invisibilizadas en el diseño de las políticas públicas de salud, acumulando condiciones de vulnerabilidad estructural que se expresan en altas cargas de enfermedad crónica y transmisible, prevalencia elevada de trastornos mentales y consumo problemático de sustancias psicoactivas, barreras de acceso derivadas de la operación de la atención en salud, y una fragmentación de la atención que ha impedido que el continuo del cuidado se materialice de manera efectiva. Esto implica que el Modelo no se limita a organizar la oferta de servicios disponibles, sino que tiene énfasis en una transformación estructural orientada a cerrar, de manera progresiva y verificable, las brechas de acceso a la atención en salud con estándares de calidad, oportunidad e integralidad.

El primer componente del Modelo, sobre la Prestación de Servicios de Salud se enmarca en fortalecer la capacidad resolutoria intramural mediante las Unidades de

Atención Primaria categorizadas según las condiciones de cada establecimiento, y al priorizar la atención intramural al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional. Además, se establece la estrategia de Atención Primaria en Salud como eje ordenador del nivel primario intramural, con énfasis en promoción, prevención y gestión del riesgo, busca reducir el enfoque en la atención por evento en salud y se encauza hacia una atención anticipatoria, centrada en la persona y en sus determinantes de salud.

La Red Integral e Integrada para la Atención en Salud de la PPL —RIIPPL— responde directamente a la necesidad de minimizar la fragmentación de los servicios y las barreras de acceso, que son factores que persisten en la atención en salud a esta población. Se define una estrategia de política en salud que articula de manera secuencial y coordinada los prestadores del nivel primario intramural, el nivel primario extramural y el nivel complementario, además se establecen las condiciones para que la PPL transite por los niveles de atención de forma ordenada, sin interrupciones y con continuidad asistencial y se define de manera explícita el conjunto de servicios de salud disponibles tanto en el nivel primario como complementario.

Las Condiciones de Calidad y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia buscan abordar conjuntamente las distorsiones que se presentan en marco de la continuidad asistencial, administrativa y logística definiendo condiciones de calidad en la prestación de los servicios de salud. El establecimiento de criterios de autorización y funcionamiento para las Unidades de Atención Primaria - UAP, la implementación de un sistema de auditoría y la definición de mecanismos estandarizados de referencia y contrarreferencia buscan garantizar que la calidad de la atención dependa de estándares institucionales estandarizados, verificables y establecidos de conformidad con la evidencia empírica.

El componente de Salud Pública reconoce la necesidad de establecer intervenciones sobre los determinantes sociales y ambientales en el entorno carcelario. Por esta razón, el Modelo asigna al componente de salud pública un rol de coordinación intersectorial activa, orientado a visibilizar estos determinantes ante los actores responsables.

Finalmente, el componente de Seguimiento y Evaluación del Modelo busca establecer un proceso medible, progresivo y sujeto a rendición de cuentas mediante indicadores de resultado, la trazabilidad de la atención y la evaluación periódica del desempeño del modelo por parte de los actores como los mecanismos que permiten verificar si las intervenciones están produciendo los cambios esperados en el acceso, la calidad y la continuidad de la atención, y generar una toma de decisiones basadas en evidencia para ajustar el modelo.

En conjunto, los seis componentes del Modelo no operan de manera aislada sino como un sistema integrado de transformación, cuyo propósito último es materializar el derecho fundamental a la salud para una población que, en su calidad de sujeción especial al Estado, requiere de este una responsabilidad articulada y reforzada en la garantía de ese derecho.

Justificación

La atención en salud para la población privada de la libertad – PPL y los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, es una estrategia de política pública con un nivel de desafío en su desarrollo e implementación que involucra el cumplimiento de las obligaciones del Estado frente a la garantía de los derechos, como la necesidad de minimizar las brechas estructurales en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud para poblaciones que se encuentran en situaciones de alta vulnerabilidad, con condiciones de vida adversas, exposición a múltiples riesgos para la salud y con las restricciones para el acceso efectivo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad para mantener el bienestar y la calidad de vida.

En este sentido, este modelo requiere un enfoque específico para determinar la forma como se organizan y prestan los servicios de salud respecto a las diferencias en la provisión de los servicios derivadas de factores como alta concentración de población, las inadecuadas condiciones de la infraestructura física, el déficit del personal médico, la ausencia de articulación interinstitucional, la limitada capacidad resolutoria al interior de los establecimientos de reclusión y las necesidades en salud, bienestar de la población privada de la libertad. Estos elementos han sido diagnosticados por entidades del orden nacional, comisiones de seguimiento y sentencias de la corte constitucional enmarcadas en la necesidad de lograr el goce efectivo del derecho a la salud para la población privada de la libertad y para los casos donde convivan menores de tres años con sus madres en establecimientos de reclusión.

Dados los retos tanto en el sector salud como de justicia para mejorar de manera progresiva la atención en salud para este tipo de población, se desarrolla la actualización del modelo de salud justificada como la herramienta técnica y operativa para estructurar y hacer operativa la salud con un enfoque integral, diferencial y de goce efectivo de los derechos para esta población. Este modelo tiene como propósito el fortalecimiento en el acceso equitativo, continuo, integrado e integral a los servicios de salud con calidad, articulando los niveles de atención en salud con los requerimientos a nivel intramural y extramural de prestación de

servicios, promoviendo la coordinación efectiva entre los actores responsables, como el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el Ministerio de Salud y Protección Social, y demás entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En este modelo se busca superar de manera progresiva la atención fragmentada mediante el fortalecimiento de la implementación de la estrategia de atención primaria en salud dentro de los establecimientos penitenciarios, la implementación de protocolos adaptados al contexto carcelario, y la incorporación de modalidades de prestación de servicios extramurales o de telesalud que contribuyan con los requerimientos de acceso a la población en consonancia con las necesidades de proveer servicios de salud con calidad y que administrativamente garanticen la seguridad dentro del sistema penitenciario y un incremento en los niveles de integración de los servicios de salud a nivel intramural para fortalecer la capacidad resolutive dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional.

La implementación y operación del Modelo trasciende la dimensión normativa y se convierte en un mandato de actuación concreta, medible y verificable, cuya efectividad debe evaluarse no por la existencia de estructuras organizativas o documentales, sino por los resultados tangibles en el estado de salud, el bienestar y la dignidad de la PPL. Trascender a la garantía efectiva de la atención en salud, en el plano operativo, implica que los actores responsables adopten decisiones de organización de los servicios priorizando la capacidad resolutive intramural, lo cual implica, fortalecer las Unidades de Atención Primaria con el talento humano, la dotación y la infraestructura necesarios para resolver dentro del establecimiento de reclusión la mayor parte de los problemas de salud que presenta la población, evitando que la remisión extramural se convierta en la respuesta en salud.

La operación del Modelo conforme a las necesidades de la PPL demanda igualmente que la gestión del riesgo en salud sea entendida como un proceso continuo y sistemático, y no como una actividad puntual o reactiva, este es un modelo que implica la identificación temprana de riesgos individuales y colectivos, la estratificación de la población según su perfil de riesgo, el seguimiento clínico de

los casos priorizados y la implementación de intervenciones con enfoque preventivo y anticipatorio como un mecanismo de mejora de los resultados en salud de la PPL. Además, se requiere contar por parte de los actores como mecanismos de articulación con funciones y responsabilidades delimitadas, sistemas de información interoperables que garanticen la trazabilidad de la atención a lo largo del continuo del cuidado, y esquemas de referencia y contrarreferencia con coordinación de las condiciones operativas y de seguridad propias del entorno penitenciario.

Finalmente, la actualización del modelo de atención en salud constituye un paso esencial hacia la materialización del derecho fundamental a la salud en contextos de alta vulnerabilidad y exclusión estructural. En concordancia con los objetivos del sistema de salud actual, la actualización del modelo busca superar esquemas fragmentados, promoviendo una atención centrada en la persona, y en su entorno, bajo una priorización en el enfoque de cuidado integral de la salud con una intervención eficaz de las necesidades en salud de la población.

1. Objetivo del modelo de atención

Garantizar el acceso efectivo, integral, oportuno y continuo a los servicios de salud con calidad para la población privada de la libertad bajo la inspección, custodia y vigilancia del INPEC y de los niños y niñas menores de tres años que conviven con sus madres en los establecimientos de reclusión del orden nacional, a través de un modelo de atención que responda a sus necesidades específicas, con enfoque diferencial, poblacional y territorial, fortaleciendo la capacidad resolutive intramural, la articulación entre los niveles de atención en salud de las redes integrales e integradas de salud y la accesibilidad y proximidad requerida por esta población.

2. Principios orientadores del modelo de atención

- 2.1. Accesibilidad:** Los servicios y tecnologías en salud deben ser accesibles para todos lo cual implica la eliminación de las barreras físicas, administrativas, económicas y geográficas para que toda persona privada de la libertad pueda acceder sin discriminación de acuerdo con las necesidades en salud.
- 2.2. Integralidad:** la estructuración de la atención en salud con el fin de garantizar una cobertura global donde la atención en salud no solo cubra el tratamiento de enfermedades, sino también la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, el cuidado paliativo y muerte digna respondiendo a las condiciones individuales, sociales y ambientales de esta población.
- 2.3. Capacidad resolutive:** Establecer las condiciones requeridas tanto a nivel intramural como extramural de los recursos humanos, tecnológicos y logísticos necesarios para resolver la mayor parte de los problemas de salud, reduciendo las remisiones innecesarias que pueden afectar la

seguridad de la población y la contribución en la mejora progresiva en la eficiencia en la implementación del modelo.

- 2.4. **Proximidad:** Garantizar que los servicios de salud estén disponibles dentro de los establecimientos penitenciarios a fin de fomentar la capacidad resolutive intramural, la oportunidad y la integralidad de la atención en salud.

3. Definiciones

Para efectos de la aplicación de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

- 3.1. **Agente comunitario en salud:** son personas de una comunidad que promueven a su interior una perspectiva de salud amplia, una participación consciente y crítica en salud, de reconocimiento de sus problemas y cómo actuar frente a ellos, de promover la salud y no solo prevenir la enfermedad. De manera particular, al interior de los establecimientos de reclusión – ERON, se define como la PPL que realiza las acciones principalmente, de apoyo en la canalización de los recursos a partir de la identificación de las necesidades de la población y que se consolidan en los espacios requeridos para la atención en salud.
- 3.2. **Atención ambulatoria:** modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.
- 3.3. **Atención con internación:** ingreso a una institución prestadora de servicios de salud, para recibir tecnologías en salud con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria salvo en los casos de urgencia.

Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

- 3.4. Atención en salud, con beneficio de Domiciliaria:** servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible.
- 3.5. Atención inicial de urgencias:** prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica de urgencia, la cual comprende:
- La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento;
 - La realización de un diagnóstico de impresión;
 - La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.
- 3.6. Atención primaria en salud:** es 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, 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.

- 3.7. CAMAD - Centros de Atención Móvil para Drogodependientes:** son una estrategia integral que articula intervenciones colectivas, individuales y sociales desde los enfoques de salud pública, derechos humanos y atención primaria, dirigida a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al consumo de sustancias psicoactivas. Se implementa mediante equipos interdisciplinarios que realizan intervenciones de la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, violencias, y la reducción de riesgos y daños, de manera fija o itinerante según las necesidades territoriales y poblacionales. Tiene como propósito facilitar la entrada y permanencia en los servicios de salud de personas y sus familias y desarrollar acciones que desafíen y transformen las percepciones negativas hacia las personas que usan drogas, fortaleciendo la inclusión social y la dignidad de los individuos.
- 3.8. Comunidades terapéuticas:** es un modelo de tratamiento residencial a largo plazo, estructurado y libre de drogas, diseñado para la rehabilitación y reinserción social de personas con adicciones en los entornos penitenciario y carcelario.
- 3.9. Consulta médica:** es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
- 3.10. Consulta odontológica:** valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia,

según la temporalidad; general o especializada, de acuerdo con la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.

- 3.11. Consumo problemático de sustancias psicoactivas:** patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales.
- 3.12. COSAD:** comité de seguimiento a la prestación de los servicios de salud de la PPL. Cuerpo colegiado reglamentado por el INPEC para realizar seguimiento a la prestación de los servicios de salud para la atención de la PPL en los ERON que permiten el mejoramiento continuo del servicio.
- 3.13. DIER - Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión:** es el escenario que aporta a la promoción intencionada al desarrollo integral y el aprendizaje de las niñas y los niños menores de tres años que conviven con sus madres privadas de la libertad, a través de una educación inicial de calidad, con la participación de talento humano idóneo y pertinente de acuerdo con los diferentes componentes de la atención.
- 3.14. EME - examen médico de egreso:** En los momentos previos a la excarcelación de una persona privada de la libertad del centro de reclusión deberá ser sometido a un examen médico con el fin de verificar su estado físico, patológico y demás afecciones y dicha información será registrada en el Sisipec y en la plataforma de salud 360, y confrontada con los resultados del examen médico de ingreso, con el objeto de garantizar la continuidad en la atención y prestación de los servicios de salud.
- 3.15. EMI - Examen médico de ingreso:** que se realiza con el fin de verificar su estado físico, patologías y demás afecciones para la elaboración de la ficha médica correspondiente.
- 3.16. Enfoque diferencial:** Es una perspectiva de análisis que permite brindar una respuesta institucional, a partir de la identificación de las condiciones

la vulnerabilidad social, generadas por; las características de las personas, su contexto histórico, social y cultural, las cuales determinan o incrementan la carga de desigualdad, produciendo experiencias sustantivamente diferentes entre los sujetos para la garantía de sus derechos.

Esta perspectiva aplicada en el sector salud, asegura que la población en condiciones de vulnerabilidad social ya sea por su sexo, género u orientación sexual, tenga acceso a las oportunidades y recursos necesarios para participar de manera igualitaria a la garantía de sus derechos en salud. (Anexo técnico Resolución 2138 de 2023).

- 3.17. Enfoque de género:** El enfoque de género es una perspectiva de análisis y una herramienta para la acción que permite visibilizar las desigualdades, discriminaciones y violencias basadas en el sexo, la identidad de género y la orientación sexual de las personas, así como las diferencias en el ejercicio del poder y los roles que desempeñan mujeres y hombres en la vida familiar, en la sociedad, en el trabajo, en la política y demás ámbitos de interacción humana (Anexo técnico Resolución 2138 de 2023).
- 3.18. Enfoque interseccional:** Al enfoque de género se ha vinculado la perspectiva interseccional, que permite conocer la presencia simultánea de dos o más características diferenciales de las personas (pertenencia étnica, género, discapacidad, curso de vida, entre otras) que en un contexto histórico, social y cultural determinado incrementan la carga de desigualdad, produciendo experiencias sustantivamente diferentes entre los sujetos (Anexo técnico Resolución 2138 de 2023)
- 3.19. Equidad de género en salud:** De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2020), la equidad de género en salud es la distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las personas de todos los sexos, identidades de género y orientaciones sexuales, en las políticas, programas, planes y proyectos en salud. (Anexo técnico Resolución 2138 de 2023)

- 3.20. Equipo biomédico:** dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituyen equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.
- 3.21. Equipos Básicos de Salud en los establecimientos de reclusión del orden nacional:** son unidades operativas interdisciplinarias conformadas por talento humano en salud, responsables de garantizar la atención integral, continua y con enfoque diferencial a la población privada de la libertad, dentro del marco del Modelo de Atención en Salud para esta población. Estos equipos actúan como enlaces entre la Población privada de la libertad y los servicios de salud, de manera prioritaria con las Unidades de Atención Primaria en Salud – UAP, facilitando el acceso a información, recursos y atención médica a fin de crear en un entorno más saludable y seguro dentro del establecimiento de reclusión. Estos equipos básicos de salud deberán cumplir con los requisitos de seguridad establecidos para el sistema penitenciario.
- 3.22. ERON:** Establecimiento de reclusión del orden nacional.
- 3.23. GPC - Guía de Práctica Clínica:** son un conjunto de recomendaciones con base en revisiones sistemáticas de la evidencia, y la evaluación de los riesgos y beneficios de las alternativas de una intervención clínica o de cuidado. Se consideran evitan la variabilidad no justificada en la práctica clínica, teniendo en cuenta recomendaciones sensibles al contexto, y en ocasiones con consideraciones de análisis de equidad y costo efectividad; con el objetivo de mejorar la atención en salud con estándares de calidad
- 3.24. Igualdad de género en salud:** Según la Organización Panamericana de la Salud (2020), la igualdad de género en salud se entiende como la

igualdad de oportunidades y condiciones entre las personas de todos los sexos y en toda su diversidad sexual y de género para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar saludables, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género y no debe reducirse solo a la igualdad de oportunidades, sino también a la igualdad en el acceso, la prestación y la calidad de los servicios de salud, libre de violencia y discriminación. En este sentido, la igualdad de género es el propósito de la transversalización del enfoque de género en todas las políticas públicas. (Anexo técnico Resolución 2138 de 2023)

- 3.25. IVE - Interrupción Voluntaria del Embarazo:** Es el derecho fundamental que protege y garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes. Este proceso permite a la persona tomar la decisión consciente, autónoma y voluntaria de poner fin a una gestación. La IVE es un acto que refuerza la autonomía de las mujeres y personas gestantes sobre sus cuerpos y vidas, y se enmarca dentro de los derechos humanos esenciales reconocidos por la legislación nacional e internacional.
- 3.26. Modelo de atención:** Conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas aplicado en la organización de la prestación del servicio para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, resolutivez y eficiencia de la atención en salud, con visión centrada en la persona y en los resultados en salud, considerando su curso de vida y su entorno, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que legitimen el derecho fundamental a la salud.
- 3.27. Modelo de prestación:** Conjunto de lineamientos, estrategias y acciones que definen los prestadores de servicios de salud para la determinación y la organización de la oferta de servicios de salud con el cumplimiento

de lo preceptuado en el Sistema Obligatorio de la Calidad y la política de humanización del paciente; buscando consigo la mejora continua en la calidad de los servicios de salud provistos y de la obtención de resultados en salud.

Dicho modelo describe los procesos y procedimientos determinados para garantizar la provisión de los servicios de salud con oportunidad, efectividad, seguridad, eficiencia, equidad y con una atención centrada en el usuario que propenda por el goce efectivo del derecho a la salud.

- 3.28. PEC - Programa de Educación Integral y Calidad de Vida:** Programa que fomenta la cultura carcelaria, el respeto y la convivencia para internos de alta y mediana seguridad.
- 3.29. Plataforma de salud 360:** Plataforma tecnológica especializada para la gestión integral de la atención en salud de la PPL a cargo del INPEC, la cual ha sido diseñada para unificar el sistema de información en salud para la PPL a nivel nacional, garantizando la estandarización y coherencia en los procesos clínicos y administrativos.
- 3.30. Población privada de la libertad - PPL:** aquella 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 el lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC.
- 3.31. Prestadores de servicios de salud:** se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud los profesionales independientes y los servicios de transporte especial de pacientes. Para el presente modelo son los responsables de la atención a la población privada de la libertad a nivel extramural.
- 3.32. Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad – RIIPPL:** se define como el conjunto de unidades de atención primaria en salud y de atención inicial de urgencias, de

prestadores de servicios de salud prioritariamente de naturaleza pública, articulados y coordinados de manera secuencial para garantizar el acceso efectivo de la población privada de la libertad a los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna, de manera continua e integral, en condiciones de calidad. La RIIPPL tiene como objetivo fundamental la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud tomando en consideración el enfoque diferencial, la diversidad de la población, las particularidades culturales, sociales, económicas y las propias condiciones de vida en los establecimientos de reclusión.

- 3.33. Rehabilitación basada en la comunidad:** es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con algún tipo de discapacidad. Se fundamenta en el esfuerzo conjunto de las personas con discapacidad y de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes.
- 3.34. Ruta Integral de Atención en Salud:** Herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (entidad territorial, entidad administradora de plan de beneficios, prestador de servicios de salud) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en sus entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales.
- 3.35. SAFL - Salas Amigas de la Familia Lactante:** tienen como finalidad garantizar los derechos de la mujer que trabaja fuera del hogar, a practicar la lactancia materna y a tomar decisiones informadas libres de presiones

comerciales, a la vez que garantiza el derecho de los niños y niñas a una alimentación saludable como lo es la leche de su propia mamá.

- 3.36. 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.
- 3.37. Telesalud:** De acuerdo con lo señalado en el artículo 2º de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde al conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.
- 3.38. Telemedicina:** Es la forma de prestar un servicio de salud 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 permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad 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.
- 3.39. Trastorno mental:** es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.
- 3.40. Tratamiento Penitenciario:** conjunto de actividades grupales e individuales pendientes a influir en el cambio de conducta del privado de la libertad, mediante el aprovechamiento del tiempo de condena como

oportunidad para que puedan llevar a cabo su proyecto de vida, se establece solo para condenados.

3.41. UAP - Unidad de Atención Primaria en Salud: es la estructura operativa intramural del nivel primario de atención, organizada a nivel funcional y técnico para constituirse como la puerta de entrada al sistema de salud de la población privada de la libertad, responsable de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud integrales, continuos, oportunos, resolutivos y de calidad, en el marco de la Atención Primaria en Salud, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial. Su propósito fundamental se enmarca en resolver la mayor proporción de las necesidades en salud de la PPL al interior de los ERON, mediante la prestación articulada de servicios individuales y colectivos que incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. En marco del modelo de atención, constituye el eje articulador del cuidado en salud intramural, responsable no solo de la atención en salud, sino también de la coordinación clínica, el seguimiento de cohortes de riesgo, la gestión de la información en salud y la evaluación de resultados, contribuyendo a la garantía del derecho fundamental a la salud, al mejoramiento de las condiciones de vida y al bienestar de la población privada de la libertad.

3.42. VOI: valoración odontológica de ingreso.

3.43. VAPSI: valoración psicológica de ingreso.

4. Enfoque de género en el modelo de atención

La incorporación del enfoque de género en los entornos penitenciarios y carcelarios responde a la necesidad de reconocer que las condiciones de reclusión han sido históricamente diseñadas bajo parámetros masculinizados que, en la práctica, reproducen desigualdades estructurales. En el caso de las mujeres privadas de la libertad —y particularmente de aquellas en gestación o en periodo de lactancia— esta situación se traduce en mayores riesgos para su salud, limitaciones en el acceso a servicios adecuados y barreras para el sostenimiento de vínculos familiares y redes de apoyo.

La baja proporción de mujeres que hacen parte del sistema penitenciario y carcelario no reduce la obligación estatal de adoptar medidas específicas; por el contrario, su condición minoritaria incrementa la probabilidad de invisibilización institucional.

En este sentido, la incorporación de este enfoque implica avanzar hacia políticas públicas capaces de reconocer realidades diferenciadas y de identificar las múltiples situaciones que perpetúan patrones previos de discriminación, así mismo, orientan las intervenciones hacia la eliminación de barreras estructurales y la garantía de condiciones compatibles con la dignidad humana. Estas condiciones demandan herramientas institucionales que superen respuestas homogéneas y permitan ajustar la prestación de servicios —especialmente en salud— a las necesidades específicas derivadas del embarazo, la lactancia y el ejercicio de la maternidad en contextos de reclusión.

En consecuencia, el enfoque de género debe materializarse en acciones afirmativas que aseguren entornos adecuados para el embarazo, la lactancia y la primera infancia, integrando componentes de salud, cuidado, protección y bienestar psicosocial. No se trata únicamente de adaptar servicios existentes, sino de transformar la lógica institucional para responder de manera efectiva a los riesgos diferenciados que enfrenta esta población.

4.1. Perspectiva interseccional en el modelo de atención

El abordaje diferencial en marco de la atención en salud a la población privada de la libertad exige reconocer que las experiencias de privación de la libertad no son homogéneas. Determinados grupos poblacionales —entre ellos mujeres, comunidades y pueblos étnicos, personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas y personas con discapacidad— enfrentan afectaciones agravadas debido a condiciones históricas de discriminación que preceden al ingreso al sistema penitenciario.

Adoptar una perspectiva interseccional permite comprender cómo estas desigualdades se superponen y profundizan los riesgos para la salud, el bienestar y el ejercicio efectivo de derechos. En el caso de mujeres gestantes y madres privadas de la libertad, se han documentado condiciones de reclusión deficientes, dificultades en la atención sanitaria y limitado apoyo familiar, configurando vulneraciones particulares que requieren respuestas integrales.

Este enfoque también demanda que el diseño institucional —incluida la infraestructura penitenciaria— garantice el bienestar físico y psicosocial de las mujeres, especialmente durante el embarazo y la lactancia, y que proporcione entornos adecuados para el desarrollo de los niños y niñas menores de tres años que conviven con sus madres.

La interseccionalidad, entonces, no solo amplía la comprensión del riesgo en salud, sino que orienta la formulación de intervenciones coordinadas entre sectores para asegurar la protección integral de derechos y la atención continua de necesidades especiales. Esto supone transitar de respuestas fragmentadas hacia modelos de atención que articulen salud, protección social e infancia, fortaleciendo la capacidad institucional para reducir brechas estructurales.

5. Atención integral en salud con enfoque de género y diferencial con perspectiva interseccional para mujeres gestantes, lactantes y la primera infancia en el marco de la implementación del modelo de atención en salud para la PPL

El modelo de atención en salud incorpora de manera transversal un enfoque diferencial, de género y de curso de vida para la atención integral en salud de las mujeres privadas de la libertad gestantes, madres lactantes y de los niños y niñas que conviven con ellas en establecimientos penitenciarios, carcelarios y centros de detención transitoria, reconociendo las condiciones específicas de vulnerabilidad derivadas de la privación de la libertad, la maternidad y las desigualdades estructurales. Este enfoque prioriza la salud mental materna y perinatal, la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, la detección temprana de trastornos mentales, el acompañamiento psicosocial continuo, la protección del vínculo materno infantil y la garantía de la continuidad del cuidado, articulando las acciones intramurales con la complementación funcional organizada a nivel extramural a través de la definición de la RIIPPL, en coherencia con la Política Nacional de Salud Mental adoptada mediante el Decreto 729 de 2025 y la Ley 2460 de 2025 .

El modelo reconoce el apego seguro y el fortalecimiento de los vínculos afectivos como factores protectores fundamentales para el desarrollo neurológico, emocional y social de los niños y niñas que conviven con sus madres en contextos de reclusión. Esto implica la necesidad de promover entornos psicosociales protectores que favorezcan la cercanía, el contacto permanente y prácticas de cuidado respetuosas, así como medidas institucionales orientadas a evitar separaciones innecesarias. Cuando estas resulten inevitables, se hace necesario garantizar procesos de preparación emocional, acompañamiento psicosocial y continuidad del vínculo, con el fin de mitigar impactos adversos a corto, mediano y largo plazo. De manera complementaria, la promoción del fortalecimiento de las redes de apoyo afectivo y social, facilitando el contacto con familiares, referentes significativos y redes comunitarias, así como la creación de espacios colectivos de apoyo entre pares, reconociendo el valor del acompañamiento mutuo y la experiencia compartida como factores protectores en salud mental. Estas acciones se articularán con estrategias de inclusión social y preparación para el egreso, orientadas a garantizar la

continuidad del acompañamiento psicosocial y el acceso a redes territoriales de salud y protección social una vez finalizada la privación de la libertad

En consonancia con la normatividad vigente, el modelo impulsa transformaciones importantes en los establecimientos de reclusión, orientadas a la generación de entornos humanizados y libres de violencias, la reducción de prácticas que generen temor, estrés o revictimización, y la promoción de un trato digno y respetuoso. Para ello, se priorizará la capacitación continua del talento humano en enfoque de género, salud mental, primeros auxilios psicológicos, reducción de riesgos y daños, y atención diferencial, avanzando hacia modelos de cuidado centrados en la dignidad humana, los derechos y el bienestar integral de las mujeres y sus hijos e hijas.

Por lo tanto, el modelo de atención se concibe como un instrumento dinámico y progresivo, que se fortalece mediante la articulación intersectorial y sirve como base técnica para la consolidación de una política pública específica de atención diferencial integral para esta población, conforme a los tiempos y compromisos definidos por las entidades a cargo de su implementación.

En este marco y con el fin de implementar la transversalidad del enfoque diferencial y de género en la salud materna y la primera infancia, se establecen las siguientes directrices que deberán ser incorporadas en los manuales técnicos administrativos para la implementación del Modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional.

5.1. Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

- Todas las personas privadas de la libertad, independientemente de su sexo, género, identidad de género u orientación sexual, deben gozar de acceso equitativo a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, eliminando barreras estructurales y culturales que impidan su ejercicio pleno.
- Garantizar la disponibilidad y el acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo de corta y larga duración, respetando la autonomía y las decisiones informadas de las personas privadas de la libertad.
- Implementar programas de prevención, detección temprana y tratamiento de ITS, con enfoque de género y diferencial que considere las particularidades de las personas privadas de la libertad.

- Asegurar el cumplimiento e implementación de la Ruta Materno Perinatal, Resolución 3280 de 2018, de la Resolución 051 de 2023 y la Resolución 459 de 2012 por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, o las que las sustituyan, adicionen o modifiquen. Esto implica garantizar y facilitar el acceso de las mujeres y personas con posibilidad de gestar desde todas sus diferencias a las tecnologías en salud, exámenes diagnósticos y procedimientos sin poner ningún tipo de barreras.
- Asegurar el acceso a productos para la contención del sangrado, así como la adecuación de infraestructura para el cambio y disposición de los insumos, con acceso permanente a agua potable, saneamiento básico y condiciones de privacidad. La gestión menstrual debe reconocerse como una necesidad básica de salud y no como un privilegio condicionado, evitando prácticas restrictivas que vulneren la dignidad humana o profundicen desigualdades estructurales.
- Implementar procesos de educación integral en salud menstrual que brinden información basada en evidencia sobre el ciclo menstrual, el manejo del dolor, la identificación de signos de alarma y el autocuidado, promoviendo la autonomía corporal y la toma de decisiones informadas.
- Garantizar la valoración médica temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral de las alteraciones del ciclo menstrual —como amenorrea, dismenorrea, sangrados uterinos anormales, síndrome premenstrual, endometriosis, entre otras— reconociendo que estas pueden impactar significativamente el bienestar físico, emocional y la calidad de vida. La respuesta institucional debe evitar la normalización del dolor o la minimización de los síntomas, asegurando acceso a atención oportuna, manejo farmacológico cuando se requiera y seguimiento continuo.
- Desarrollar programas de educación para la salud integral en sexualidad que aborden temas de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, prevención de ITS, métodos anticonceptivos y violencia basada en género, adaptados al contexto de privación de la libertad.
- Formar al personal de salud en competencias relacionadas con enfoque de género, diferencial e interseccional, para brindar una atención respetuosa, libre de prejuicios y discriminación.
- Fomentar la participación de las personas privadas de la libertad en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud sexual y

salud reproductiva, asegurando que sus voces y necesidades sean consideradas.

- Establecer dentro de los sistemas de información para el monitoreo y evaluación, indicadores sensibles al género y a la diversidad, para medir el acceso, la calidad y la satisfacción con los servicios de salud sexual y salud reproductiva en contextos de reclusión.
- Asegurar que toda atención integral en salud se desarrolle bajo estándares de privacidad y confidencialidad, reconociendo que la información clínica pertenece exclusivamente a la persona usuaria y solo puede ser conocida o divulgada con su consentimiento informado o en los casos previstos por la ley. En contextos de privación de la libertad, esta obligación adquiere un carácter reforzado, dado el riesgo de que la información sea utilizada como mecanismo de control, coerción o chantaje interpersonal. En consecuencia, las entidades encargadas de la operación del Modelo de Atención en Salud para la PPL, deben adoptar protocolos de manejo de la información, garantizar el adecuado manejo de historias clínicas, espacios físicos adecuados para la consulta y fortalecer la formación del talento humano, con el fin de prevenir cualquier forma de revictimización o violencia institucional.

5.2. Promoción y prevención

- Desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades que reconozcan y respeten las diversidades culturales, étnicas y de género presentes en la población privada de la libertad, evitando enfoques estandarizados que puedan perpetuar estigmas o discriminaciones.
- Implementar mecanismos de evaluación que permitan identificar las necesidades y potencialidades en salud relacionados con la edad, etnia, discapacidad, orientación sexual, consumo de sustancias psicoactivas o antecedentes de violencia, para adaptar las intervenciones de promoción y prevención a las necesidades específicas de cada grupo.
- Establecer criterios de priorización en la atención para mujeres gestantes que presenten condiciones de alto riesgo, tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, garantizando un seguimiento cercano y la implementación de medidas preventivas adecuadas.
- Fomentar programas educativos que promuevan el autocuidado y la autogestión de la salud entre las personas privadas de la libertad, brindando

información accesible y pertinente sobre prácticas saludables, prevención de enfermedades y manejo de condiciones no transmisibles.

- Involucrar a las mujeres gestantes, madres lactantes y otras personas privadas de la libertad en la planificación, implementación y evaluación de las estrategias de promoción y prevención en salud, asegurando que sus voces y experiencias sean consideradas en la toma de decisiones.
- Establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones del sector salud, el sistema penitenciario, ONG, Fundaciones, cooperación y comunidad en general, para asegurar una respuesta integral en contextos de reclusión.
- Desarrollar sistemas de seguimiento y evaluación que incorporen indicadores sensibles al género y a la diversidad, para medir la efectividad de las estrategias implementadas.

5.3. Atención prenatal, postnatal y seguimiento clínico con enfoque de género, diferencial e interseccional

- Reconocer la autonomía corporal y reproductiva como un derecho que debe ser garantizado de manera efectiva a todas las mujeres y personas con posibilidad de gestar privadas de la libertad, sin interferencias indebidas derivadas del contexto de privación de la libertad. Esto implica respetar la capacidad de cada mujer o persona gestante para tomar decisiones libres, informadas y voluntarias sobre su vida reproductiva, asegurando el acompañamiento, tanto para quienes decidan acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo como para aquellas que opten por continuar con su gestación. La atención debe desarrollarse bajo principios de dignidad, no maleficencia, consentimiento informado y ausencia de coerción, evitando cualquier práctica institucional que limite la autodeterminación reproductiva o condicione el acceso a servicios de salud.
- Promover entornos institucionales que aseguren un trato respetuoso, empático y libre de estigmatización frente a las decisiones relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva, reconociendo las elecciones o decisiones de las mujeres y personas gestantes como expresiones legítimas de la autonomía reproductiva. La atención debe brindarse sin juicios de valor ni interferencias, favoreciendo el acceso oportuno a los servicios y la integralidad de la atención.

- Asegurar que la atención dirigida a mujeres gestantes y lactantes incorpore estándares de calidad y trato humanizado en todas las acciones de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, extendiendo esta garantía a la atención pediátrica de los niños y niñas que conviven con sus madres.
- Adoptar rutas de atención que abarquen desde la etapa preconcepcional hasta el posparto inmediato, con el propósito de identificar y gestionar oportunamente factores de riesgo que puedan afectar la salud de la mujer gestante y del recién nacido, mediante equipos interdisciplinarios.
- Fortalecer los mecanismos institucionales para verificar y gestionar la asistencia oportuna a los programas de atención prenatal, evitando interrupciones derivadas de traslados, barreras administrativas o limitaciones logísticas propias del contexto penitenciario.
- Establecer procesos sistemáticos de valoración que permitan identificar riesgos obstétricos y psicosociales —como preeclampsia, sobrepeso o antecedentes clínicos relevantes— para ajustar la atención a las necesidades particulares de cada gestante y prevenir desenlaces adversos.
- Garantizar que las mujeres cuenten con control prenatal, seguimiento nutricional y psicosocial, administración de micronutrientes y registro en sistemas de información, favoreciendo la trazabilidad del cuidado y la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia.
- Diseñar entornos que garanticen el desarrollo adecuado del embarazo y el bienestar físico y psicosocial de las mujeres, reconociendo que las gestantes presentan necesidades específicas que deben ser abordadas de manera diferenciada para proteger su salud a largo plazo.
- Propiciar acciones que, además de verificar el acceso a servicios de salud, promuevan hábitos de vida saludables y aseguren espacios en condiciones higiénicas adecuadas, tanto para las mujeres gestantes como para la primera infancia.

5.4. Lactancia materna, nutrición y seguridad alimentaria desde un enfoque de género, diferencial e interseccional

- Promover la lactancia materna como práctica óptima para la salud materna y atención integral a la primera infancia, asegurando que las mujeres cuenten con información clara, basada en evidencia y con acompañamiento integral para tomar decisiones informadas. No obstante, la decisión de amamantar,

suspender la lactancia o elegir alternativas de alimentación corresponde exclusivamente a la madre y debe ser respetada como parte de su autonomía corporal y reproductiva. En consecuencia, la atención institucional debe garantizar un entorno libre de juicios, presiones o estigmatización, brindando apoyo oportuno cualquiera sea la decisión adoptada, y asegurando condiciones seguras para la alimentación del niño o la niña, en coherencia con el interés superior de la primera infancia y el respeto por la dignidad de las mujeres. De manera particular en los casos que existan situaciones especiales en que este contraindicada la lactancia materna (niños expuestos al VIH, hijas o hijos de madres con diagnóstico de VIH), se debe suministrar la fórmula láctea para su alimentación, proceso de información, educación y seguimiento. (GPC, vía clínica VIH)

- Garantizar condiciones institucionales que promuevan y fomenten la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años, reconociéndola como un componente esencial la atención integral a la primera infancia y de la salud materna. Adicionalmente, el uso de fórmula láctea exclusiva desde el nacimiento para las niñas y niños expuestos al VIH e inicio de alimentación complementaria a los 6 meses de edad.
- Garantizar procesos continuos de consejería/educación para la salud y acompañamiento profesional que fortalezcan las técnicas necesarias para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna, incluyendo orientación práctica sobre el correcto agarre, posiciones seguras y estrategias para prevenir molestias o complicaciones. La lactancia no debe ser una experiencia asociada al dolor ni al sufrimiento; por el contrario, requiere apoyo oportuno para favorecer el bienestar de la madre o la persona gestante, del niño o la niña.
- Reconocer que la lactancia es un proceso de aprendizaje individual, atravesado por factores físicos, emocionales y contextuales, por lo que los tiempos de adaptación pueden variar entre mujeres o personas gestantes. En consecuencia, la atención institucional debe promover entornos pedagógicos basados en el respeto y la contención, evitando cualquier forma de presión, juicio o recriminación hacia quienes enfrentan dificultades o requieren mayor acompañamiento.
- Reconocer que la decisión de continuar, suspender o no iniciar la lactancia corresponde exclusivamente a la madre como parte de su autonomía corporal y reproductiva. Frente a ello se debe asegurar información basada en evidencia, apoyo profesional para una toma de decisiones informada y alternativas seguras de alimentación infantil cuando así se requiera,

garantizando siempre el interés superior del niño o la niña y el respeto por la dignidad de las mujeres.

- Adecuar los espacios y las dinámicas intramurales para que las mujeres puedan amamantar en condiciones de dignidad, privacidad y seguridad, evitando interferencias institucionales que limiten el vínculo temprano o el ejercicio autónomo del cuidado.
- Asegurar la complementación alimentaria para niños y niñas conforme a su proceso de desarrollo, cubriendo el 100% de los requerimientos diarios de energía y nutrientes según grupo de edad, e incorporando criterios de calidad nutricional.
- Fomentar la introducción adecuada de alimentos a partir de los seis meses, involucrando a las madres y a las personas responsables del cuidado, fortaleciendo capacidades para la crianza en contextos de privación de la libertad.
- Desarrollar acciones que, además de garantizar el acceso a alimentos, promuevan hábitos de vida saludables.
- Ajustar la oferta nutricional considerando condiciones particulares como pertenencia étnica, prácticas culturales, situaciones de discapacidad, estados de salud y otras variables que puedan incidir en los requerimientos alimentarios, evitando respuestas homogéneas que profundicen desigualdades.
- Reconocer que la alimentación y la lactancia no solo cumplen una función biológica, sino que constituyen procesos fundamentales para el apego seguro, el desarrollo emocional y la construcción del entorno protector durante la primera infancia.

5.5. Protección integral de la primera infancia: educación para la sexualidad y prevención de violencias desde un enfoque de género e interseccional

- Asegurar que los niños y niñas que residen en establecimientos de reclusión crezcan en entornos seguros, libres de violencias y con condiciones que favorezcan su desarrollo físico, emocional, cognitivo y social, reconociéndoles como sujetos de especial protección constitucional y priorizando su interés superior en todas las decisiones institucionales.
- Implementar estrategias pedagógicas dirigidas a madres, cuidadores y talento humano que fortalezcan competencias para la crianza respetuosa, el reconocimiento del cuerpo, el desarrollo de la autonomía progresiva y la construcción de vínculos basados en el respeto. La EIS en este contexto

debe orientarse a la prevención temprana de violencias, la promoción del autocuidado y la generación de entornos relacionales seguros.

- Desarrollar procesos de acompañamiento que promuevan prácticas de cuidado respetuosas, libres de castigo físico, humillación o negligencia, reconociendo la necesidad de romper los ciclos de violencia.
- Establecer rutas de atención frente a cualquier sospecha o confirmación de violencia física, psicológica, sexual o negligencia contra niños, niñas o sus madres, garantizando protección inmediata, atención integral y evitando escenarios de revictimización.
- Adoptar medidas institucionales de control y vigilancia que reduzcan factores de riesgo asociados al contexto de encierro, incluyendo la regulación de accesos, la supervisión de espacios y la formación obligatoria del personal en prevención del abuso sexual infantil.
- Asegurar espacios adecuados para el juego, la exploración y el aprendizaje, entendiendo que la estimulación temprana es un determinante de la salud futura y una medida protectora frente a desigualdades estructurales.
- Fortalecer la coordinación con las entidades competentes en infancia para activar oportunamente rutas de protección cuando se identifiquen riesgos, garantizando respuestas integrales y centradas en el interés superior del niño y la niña.

5.6. Salud mental, fortalecimiento de vínculos y generación de entornos psicosociales protectores desde un enfoque de género y diferencial con perspectiva interseccional

En el marco de los ejes de promoción de la salud mental, prevención de los problemas mentales, atención integral e inclusión social establecidos en la Política Nacional de Salud Mental (Decreto 729 de 2025), la atención dirigida a mujeres privadas de la libertad gestantes, madres lactantes y aquellas que conviven con sus hijos e hijas deberá reconocer la maternidad en contextos de reclusión como un factor de vulnerabilidad psicosocial reforzada.

El embarazo, el posparto y la crianza en condiciones de privación de la libertad pueden intensificar cargas emocionales, estrés crónico, afectaciones en la salud mental y riesgos asociados a la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas y la ruptura de vínculos, lo cual exige intervenciones integrales, oportunas y

sostenidas, articuladas a la Atención Primaria en Salud (APS), como eje organizador del cuidado en salud mental en contextos de privación de la libertad.

Desde este enfoque, se deberán implementar valoraciones periódicas y tamizajes estandarizados en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, integrados a los Equipos Básicos de Salud (EBS), orientados a la detección temprana de síntomas de depresión, ansiedad, estrés postraumático, ideación suicida y otras afectaciones emocionales, con especial atención a mujeres con antecedentes de violencias basadas en género, consumo de sustancias psicoactivas o trayectorias de exclusión social. Estas acciones deberán apoyarse en el registro, seguimiento y análisis de información en salud mental, que permita identificar riesgos, hacer monitoreo de casos y orientar decisiones clínicas, psicosociales y de gestión, garantizando la continuidad del cuidado dentro y fuera del establecimiento de reclusión.

Para el logro de acciones integrales en marco de la política de salud mental de manera particular se requiere:

- Reconocer la maternidad en contextos de reclusión como un factor de vulnerabilidad psicosocial reforzada: el embarazo, el posparto y la crianza en contextos de privación de la libertad pueden intensificar cargas emocionales, estrés crónico y riesgos en salud mental que requieren intervenciones oportunas y sostenidas.
- Implementar valoraciones periódicas que permitan identificar tempranamente síntomas de depresión, ansiedad, estrés postraumático, ideación suicida u otras afectaciones emocionales, con especial atención a mujeres con antecedentes de violencia, consumo de sustancias psicoactivas o trayectorias de exclusión social.
- Reconocer el apego seguro como un factor protector para el desarrollo neurológico, emocional y social de los niños y niñas, promoviendo condiciones que favorezcan la cercanía, el contacto permanente y las prácticas de cuidado.
- Adoptar medidas institucionales que reduzcan separaciones innecesarias y, cuando estas sean inevitables, garantizar procesos de preparación emocional, acompañamiento psicosocial y continuidad del vínculo, mitigando impactos adversos a corto y largo plazo.
- Facilitar el contacto con familiares o referentes afectivos significativos y promover espacios colectivos de apoyo entre mujeres, reconociendo que el aislamiento social constituye un factor de riesgo para la salud mental.

- Impulsar transformaciones en la cultura organizacional para reducir prácticas que generen temor, estrés o revictimización, avanzando hacia modelos de cuidado centrados en la dignidad humana y el trato respetuoso.
- Implementar abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas a través de la implementación de los CAMAD garantizando las fases de alistamiento y concertación, búsqueda activa e identificación, fase de intervención y acompañamiento y fase de seguimiento y monitoreo en articulación con el INPEC, las entidades territoriales del orden departamental y distrital y los prestadores de servicios de salud.
- Garantizar la prestación de los servicios de salud y apoyo psicosocial en las comunidades terapéuticas del INPEC, para el fortalecimiento de los programas de rehabilitación y tratamiento médico especializado, con enfoque educativo y de convivencia comunitaria, diseñados para intervenir en problemas de consumo de sustancias psicoactivas, transformar la conducta de las personas privadas de la libertad para facilitar su reinserción social y disminuir la vulnerabilidad.
- Asegurar tanto el cuidado integral en salud, como las atenciones psicosociales por cursos de vida en los proyectos de Educativos comunitarios (PEC) que se llevan a cabo en beneficio de la población privada de la libertad desde el modelo de resocialización con acciones educativas, fomento el desarrollo de habilidades laborales y culturales

5.7. Prevención, detección y atención integral de las violencias basadas en género desde un enfoque de género e interseccional

- Posicionar la prevención de las violencias basadas en género como un componente estructural de la atención en salud, reconociendo que la violencia constituye un determinante de la salud y una barrera directa para el ejercicio efectivo de derechos, particularmente en mujeres gestantes, madres lactantes y personas gestantes.
- Desarrollar acciones pedagógicas y organizacionales que cuestionen la normalización de la violencia, promuevan relaciones basadas en el respeto y fortalezcan entornos protectores, avanzando hacia culturas institucionales libres de discriminación, coerción y abuso de poder.
- Incorporar tamizajes periódicos y canales de reporte accesibles que permitan identificar señales de violencia física, psicológica, sexual, económica o institucional, garantizando privacidad y reduciendo el riesgo de represalias.

- Asegurar la activación oportuna de rutas que contemplen atención en salud física y mental, acompañamiento psicosocial, medidas de protección y acceso a la justicia, evitando fragmentaciones en la respuesta institucional.
- Adoptar protocolos centrados en la dignidad humana que eviten interrogatorios reiterados, exposiciones innecesarias, juicios de valor o prácticas que reproduzcan el daño, promoviendo intervenciones sensibles y centradas en el bienestar de la persona.
- Establecer mecanismos de monitoreo que permitan verificar la efectividad de las acciones adoptadas, asegurar la continuidad del acompañamiento y generar aprendizajes institucionales orientados a la erradicación de las violencias.

5.8. Acceso oportuno a medicamentos y tecnologías en salud

- De forma transversal a las anteriores directrices y con el fin de propiciar el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social en la salud materna y la primera infancia, es necesario garantizar el acceso oportuno y sin interrupciones a medicamentos y tecnologías en salud requeridas para la atención de esta población, para lo cual, se debe implementar el seguimiento permanente al abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, responder oportunamente las solicitudes de información sobre este tema y notificar los casos de escasez o desabastecimiento a través de la herramienta para la recepción de alertas del Sistema de Monitoreo del Abastecimiento dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1411 de 2022.

6. Componentes del modelo de atención en salud

El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad se estructura a partir de seis componentes fundamentales que garantizan una atención integral, continua y con calidad. En primer lugar, la prestación de servicios de salud se enfoca en asegurar la atención oportuna e integral dentro y fuera de los establecimientos de reclusión, articulando acciones de promoción, prevención, diagnóstico,

tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; la Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad – RIIPPL incluye tanto los servicios intramurales como los extramurales, asegurando la continuidad del cuidado a través de la articulación entre los actores y las instituciones.

Las condiciones de calidad definen los criterios mínimos para la prestación de los servicios de salud a nivel intramural y extramural; el Sistema de Referencia y Contrarreferencia facilita el acceso a niveles superiores de complejidad y la continuidad en la atención, permitiendo una gestión eficiente de los casos que requieran un servicio o un mayor nivel de atención; el componente de Salud Pública fortalece la vigilancia epidemiológica, el control de brotes, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como acciones individuales y colectivas de salud y por último, el seguimiento y evaluación del modelo permite medir su implementación y efectividad a través de indicadores, auditorías y mecanismos de mejora continua, garantizando un modelo con necesidades cambiantes de esta población y que cumpla con su objetivo de garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad.

Para la atención de mujeres gestantes, madres lactantes y los niños y niñas que residen en los establecimientos de reclusión, se tendrá en cuenta para la implementación de los componentes del modelo lo establecido en el capítulo 5. atención integral en salud con enfoque de género y diferencial con perspectiva interseccional para mujeres gestantes, lactantes y la primera infancia en marco de la implementación del modelo de atención en salud para la PPL.

6.1. Prestación de servicios de salud

La prestación de servicios de salud constituye el eje central del Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad, con la cual se logra la materialización del derecho fundamental a la salud en condiciones de equidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y calidad. Este componente organiza y efectúa la operación de los servicios de salud que deben garantizarse a las personas

privadas de la libertad al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional y fuera de estos en los casos que se requiera reconociendo las particularidades de esta población y las condiciones propias del entorno carcelario.

El Modelo de Atención en Salud para las personas privadas de la libertad debe dar respuesta a las necesidades de salud de la población privada de la libertad, brindando una atención con calidad en las distintas fases de la atención en salud, durante el tiempo que la persona esté privada de la libertad.

La prestación de servicios de salud debe realizarse con un enfoque preventivo y resolutivo, haciendo énfasis en la inclusión de procesos que mejoren el acceso a los servicios de salud de calidad a través de la identificación de perfiles de riesgo de la población, la inducción y adecuada canalización de la demanda y la gestión de la atención para la protección específica, captación y detección temprana, resolución y manejo integral de los eventos en la salud física y mental.

El modelo incluye el mejoramiento en la capacidad resolutiva a nivel intramural, tomando en cuenta variables como: magnitud de la población de personas privadas de la libertad, la caracterización poblacional de la misma, la relación entre oferta y demanda respecto de las condiciones de atención y la capacidad instalada para llevarla a cabo de manera eficiente y con calidad; condiciones de seguridad, tratamiento penitenciario y los aspectos particulares a considerar en la accesibilidad a la red pública o privada, mejorando el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en el diagnóstico, el tratamiento de las patologías más frecuentes y de los eventos de interés en salud pública.

En el marco de la prestación de servicios de salud, la atención en salud de los niños y niñas menores de tres (3) años que conviven con sus madres privadas de la libertad deberá garantizar la protección, promoción y apoyo efectivo de la lactancia materna, incluyendo el inicio temprano, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y su continuación con alimentación complementaria adecuada, de conformidad con las Rutas Integrales de Atención en Salud y la normatividad vigente.

La consejería en lactancia materna y alimentación complementaria deberá brindarse como una intervención individual, continua y basada en habilidades comunicativas, dirigida al binomio madre-hijo, respetando las decisiones informadas de las mujeres y considerando las condiciones particulares del contexto de privación de la libertad.

Para la prestación de los servicios de salud se hace necesario tener en cuenta los siguientes conceptos:

6.1.1. Puerta de Entrada

La puerta de entrada al derecho a la atención a salud para la población privada de la libertad será a través de la Unidad de Atención Primaria - UAP, ya sea desde la consulta programada que realice la Entidad Operadora del modelo siguiendo los procedimientos del INPEC o por el Examen de Ingreso (Examen Médico de Ingreso –EMI, Valoración Odontológica de Ingreso –VOI o Valoración Psicológica de Ingreso –VAPSI al 100 por ciento de la PPL y el mismo día de ingreso del PPL al ERON), promoción y prevención y equipos básicos de salud.

Cuando se realiza el ingreso de un niño o niña menor de edad al establecimiento (niños y niñas menores de 3 años que conviven con sus madres en los ERON), se realizará de forma inmediata la apertura de la historia clínica electrónica o física donde se debe incluir la anamnesis completa, antecedentes inmunológicos (esquema de vacunación), evaluación del desarrollo psicomotor y un examen físico cefalocaudal detallado para establecer la línea base de salud. Previo a la salida y al momento del reingreso de un/una menor de edad al ERON se le debe realizar una evaluación médica obligatoria registrando en la historia clínica las condiciones reales en las que se encuentran los niños y niñas.

6.1.2. Información del estado de Salud

Cada interno será atendido en marco de la conformación y organización de la Red Integral e Integrada de Salud para la PPL en la Unidad de Atención Primaria, una vez ingrese al establecimiento de reclusión se requiere realizar los correspondientes exámenes de ingreso, con el fin de realizar una valoración integral y orientar los programas de salud pertinentes.

Esta valoración se realizará de conformidad con lo establecido en el Manual Técnico Administrativo que orienta el desarrollo e implementación de las acciones por parte del INPEC. Así mismo, esta información se tendrá en cuenta por parte del operador del modelo, la fiducia, el INPEC y la autoridad sanitaria del territorio, para la elaboración del Análisis de la Situación en Salud y la Caracterización poblacional a cargo de la USPEC, en la construcción y desarrollo de los programas, estrategias o intervenciones colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como para las estrategias que permitan gestionar el riesgo en salud en la población privada de la libertad en los diferentes establecimientos de reclusión.

A partir de lo anterior, la persona privada de la libertad podrá ser referido por parte la unidad de atención primario a los niveles primario y complementario extramurales, que conforman la RIIPPL y contratados por la fiducia que defina el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, para la prestación de los servicios médico asistenciales. En el caso de la población privada de la libertad que se encuentre afiliada a una Entidad Promotora de Salud (EPS) o a regímenes exceptuados o especiales, podrán ser referidos a la red conformada, organizada y gestionada por dichas entidades.

En concordancia a la normatividad vigente en caso de evidenciar a una PPL con enfermedad incompatible con la vida en reclusión, se deberá dar cumplimiento al Protocolo establecido para tal fin.

El INPEC deberá garantizar el traslado del usuario desde su celda o patio hasta la Unidad de Atención Primaria Penitenciaria y Carcelaria, en donde los profesionales en salud prestarán los servicios requeridos.

6.1.3. Aislamiento sanitario

Constituye como una medida de carácter técnico-asistencial y de salud pública, orientada a la interrupción de la cadena de transmisión de eventos de interés en salud pública dentro de los establecimientos de reclusión. Por lo anterior, se hace necesario garantizar el aislamiento de aquellas personas privadas de la libertad que, de acuerdo con su condición clínica o patología, así lo requieran, especialmente en presencia de enfermedades transmisibles, brotes epidémicos o situaciones que representen riesgo para la salud colectiva.

Para tal efecto, los establecimientos de reclusión deberán disponer de áreas específicas de aislamiento sanitario, diseñadas y operadas bajo criterios de bioseguridad, ventilación, dignidad humana, seguridad y accesibilidad, articuladas con los criterios de autorización y funcionamiento de las UAP reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, que permitan la separación temporal de los casos sospechosos, probables o confirmados, sin afectar la continuidad de la atención en salud ni otros derechos fundamentales.

La implementación del aislamiento deberá estar sustentada en criterios clínicos y epidemiológicos, articulándose con las acciones de vigilancia en salud pública, diagnóstico oportuno, tratamiento integral, seguimiento clínico y rastreo de contactos, bajo la coordinación de la Unidad de Atención Primaria en Salud. Así mismo, en concordancia con los lineamientos y orientaciones expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) deberá garantizar la construcción, adecuación, mantenimiento y dotación de los espacios requeridos para el aislamiento sanitario, asegurando su funcionalidad, suficiencia y sostenibilidad en el tiempo.

Finalmente, esta medida deberá implementarse mediante protocolos institucionales estandarizados, que definan criterios de ingreso, permanencia y egreso, así como mecanismos de registro, monitoreo y evaluación, con el fin de garantizar su efectividad en la mitigación del riesgo biológico y su integración en la gestión integral del riesgo en salud intramural.

6.1.4. Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad – RIIPPL

La USPEC, contrata la entidad fiduciaria con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud de la Personas Privadas de la Libertad y establece las condiciones para que dicha entidad contrate la prestación integral y oportuna de los servicios de salud para la población privada de la libertad, de acuerdo con las decisiones del Consejo Directivo del Fondo, conforme a lo dispuesto en el Modelo de Atención en Servicios de Salud y en los manuales técnicos administrativos diseñados por parte del INPEC en coordinación con la USPEC para la implementación del modelo de atención.

La red se conforma con **prestadores de servicios de salud del nivel primario de atención intramurales** definidos en la Unidad de Atención Primaria– UAP de los distintos establecimientos de reclusión de conformidad con las categorías establecidas en este Modelo, en los cuales la PPL accede a los servicios de salud requeridos para acciones de caracterización e intervención sobre los riesgos en salud con actividades preventivas, de protección específica y de detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes. De manera adicional, la prestación individual e integral en medicina general y especialidades básicas (odontología, salud oral, fisioterapia, toma de muestras, farmacia, enfermería, entre otros) en concordancia con el Manual Técnico Administrativo, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud, incluyendo manejo de los eventos agudos, en su fase inicial, los crónicos para evitar complicaciones y la prestación de los servicios de atención en salud mental y de atención de consumidor de sustancias psicoactivas.

Para la complementariedad en el nivel primario la red cuenta con **prestadores de servicios de salud del nivel primario de atención extramurales** los cuales se encuentran ubicados fuera del centro de reclusión y deben estar disponibles cuando no es posible la atención por parte del prestador de servicios de salud primario intramural, con el alcance en términos de atención del prestador intramural.

De manera adicional, los **prestadores de servicios de salud del nivel complementario extramural** son aquellos ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión y requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización, que no se encuentra disponible en la red de prestadores de servicios de salud primarios intramurales y extramurales.

6.1.5. Gestión Administrativa

El INPEC deberá garantizar la gestión de tipo administrativo que se requiera ante los prestadores de servicios de salud contratados por la fiducia, para garantizar la prestación de servicios médico asistenciales a la población privada de la libertad en los establecimientos de reclusión de manera oportuna y con calidad, presentando informes periódicos a la USPEC, conforme los mecanismos que conjuntamente establezcan en los respectivos manuales técnico administrativos, para monitorear y así mejorar continuamente, de igual manera para que en coordinación con la

USPEC, se tomen acciones necesarias para hacer ajustes en los comités respectivos.

La población privada de la libertad que se encuentre en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC, realizará directamente o a través de terceros la gestión administrativa ante el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad o entidades que contrate dicho fondo, o ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, en el caso de estar afiliados, para garantizar la prestación de servicios médico asistenciales y deberán seguir los procedimientos establecidos para tal fin .

Para la población privada de la libertad que se encuentre afiliada a una Entidad Promotora de Salud (EPS), o a regímenes exceptuados o especiales, que requiera atención extramural, el INPEC deberá informar a dichas entidades para que estas realicen las gestiones administrativas ante los prestadores de servicios de salud por ellos contratados, para garantizar la prestación de servicios médico asistenciales a dicha población. El INPEC definirá los tiempos y mecanismos para informar a la EPS o entidades administradoras de los regímenes especiales o de excepción, lo cual deberá incluirse en el respectivo Manual Técnico Administrativo.

Ahora bien, de existir una EPS a cargo de la atención de la PPL, directa o mediante alguna asociación, esta se encargará de realizar todos los trámites propios de la atención de los pacientes afiliados a cualquier régimen del Sistema de conformidad con los procedimientos y la normatividad vigente.

6.1.6. Gestión asistencial

En ese sentido, el Fondo Nacional de Salud como cuenta especial de la Nación para la atención en salud de las personas privadas de la libertad, es administrado por la sociedad fiduciaria conforme al contrato de fiducia mercantil suscrito con la USPEC, de acuerdo con lo establecido por el Artículo 66 de la Ley 1709 de 2014.

La sociedad fiduciaria a su vez, contratará un prestador de servicios de salud o Entidades promotoras de Salud con operación nacional, cuyos recursos deban destinarse específicamente a la cobertura de la atención integral e integrada en salud a la PPL a cargo del INPEC; mediante el cual realizará la gestión del riesgo

en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo. Además, deberán garantizar que los recursos financieros tengan destinación específica para cubrir los gastos en salud generados por la prestación de los servicios de salud de la PPL

Para lo anterior, la Entidad Operadora del Servicio de Salud contratada, garantizará la estructuración de la Red Integral e Integrada para la atención de la población privada de la libertad, articulada con las redes integrales e integradas de servicios de salud del departamento o distrito donde se ubique el establecimiento de reclusión, priorizando las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y respetando el enfoque regional, las rutas y las condiciones propias del Sistema Penitenciario y Carcelario del INPEC.

6.1.7. Funciones de la USPEC y del INPEC

Las funciones de la USPEC y del INPEC en relación con la prestación de servicios de salud de la población privada de la libertad, serán las que definan las normas vigentes.

6.2. Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad – RIIPPL.

En atención a los términos dispuestos por la normatividad vigente, una vez el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud defina la Entidad que operará la prestación de servicios de salud intra y extramurales para las personas privadas de la libertad a cargo del INPEC, deberá entrar en operación la Red Integral e Integrada de Salud para la Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC, la cual deberá funcionar en atención a los mecanismos y la forma en la cual debe generar las condiciones de prestación de los servicios de salud diferenciales para ésta población, atendiendo a una organización de los servicios con mayor resolutivez a nivel intramural, con un nivel primario de atención fortalecido y organizado a través de Instituciones Prestadoras de Salud –IPS, priorizando las Empresas Sociales del Estado –ESE, así como un nivel complementario de atención para la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, asegurar la igualdad de trato y

oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Este desarrollo implica, por tanto, una planificación integral de la operación en salud integral e integrada, estableciendo los ámbitos y las condiciones requeridas, los recursos que se requieren, el personal de salud con capacidades y competencias en el sistema penitenciario, en el marco de las necesidades en salud de la PPL.

Bajo lo anteriormente planteado se deben tener en cuenta para el desarrollo de esta Red Integral e Integrada de Salud para las Personas Privadas de la Libertad, los siguientes elementos, con el fin de asegurar una atención en salud efectiva y una cobertura de la prestación de los servicios de acuerdo con las necesidades de la población privada de la libertad:

- *Integralidad en la atención:* la prestación de los servicios de salud debe estar organizada en una red integral e integrada de servicios de salud, donde se contemplen las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y en los casos que se requiera, el cuidado paliativo y muerte digna, lo anterior de acuerdo a las necesidades en salud de la población privada de la libertad; con énfasis de manera adicional en lo correspondiente a la política de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, en concordancia con los programas de tratamiento penitenciario que tenga el INPEC; y las enfermedades que son prevalentes en la población privada de la libertad.
- *Especificación de los niveles de atención en salud y la disposición de los servicios dentro y fuera de los establecimientos de reclusión:* la organización de la red debe contar con los servicios requeridos para la atención de la población privada de la libertad, en todos los niveles de complejidad que se requiera. El principio que lo fundamenta es, el goce efectivo del derecho a la salud y la garantía de la calidad de vida de esta población. Por lo que se requiere establecer los mecanismos de coordinación y referencia entre los diferentes niveles de atención en la red y el INPEC.
- *Implementación de la estrategia de atención primaria.* Dentro de los establecimientos de reclusión se requiere la implementación de la estrategia

de atención primaria en salud, entendida ésta como la estrategia intersectorial, centrada en las personas, familias y comunidades, orientada a generar condiciones para la materialización del goce efectivo del derecho a la salud, la afectación positiva de determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades, con orientación a cubrir todas las necesidades de salud a través de servicios promocionales, preventivos y curativos, la coordinación sectorial e intersectorial y la participación social y comunitaria.

Ahora bien, particularmente esta estrategia adaptada y adoptada para la población privada de la libertad, hace referencia a un enfoque en las condiciones sociales y de salud de esta población, materializando el citado goce efectivo, mediante la articulación con el INPEC.

- *Atención en salud extramural.* Contar con una red donde en los casos que se requiera en la atención una atención no disponible o suficiente dentro de un establecimiento de reclusión, o que requiera una mayor especialización o mayor requerimiento tecnológico en la atención. Así mismo, se debe garantizar un sistema de coordinación adecuado hacia instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad donde la población privada de la libertad pueda recibir la atención en salud requerida, en coordinación con el INPEC, articulando tratamiento y desarrollo, con custodia y vigilancia de cada ERON.
- *Atención en salud de acuerdo a necesidades específicas.* La población privada de la libertad es una población diversa con necesidades específicas, por lo cual, la atención en salud debe tener un enfoque diferencial y de género, incluyendo a mujeres, los menores de tres (3) años que conviven con sus madres en los ERON, personas jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad, la población OSIGD, entre otros. Por lo anterior, la red debe estar organizada de acuerdo a las necesidades de esta población, garantizando los principios de la Salud¹, especialmente el de Continuidad.

¹ Ley Estatutaria en Salud: Ley 1751 de 2015.

6.2.1. Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad.

En el marco del Modelo de Atención en Salud para la población Privada de la Libertad, se privilegia la promoción de salud y la prevención de enfermedad, con énfasis en el desarrollo y fortalecimiento de la Atención primaria en salud intramural, integrado de manera progresiva a las RIIPPL, a partir de los acuerdos que se desarrollen con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS ubicadas en el municipio, subregión y región donde se encuentra ubicado el ERON.

De manera puntual, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Un nivel de atención que cuenta con la capacidad para resolver la mayor parte de las necesidades y demandas de la PPL, de acuerdo a las guías, protocolos y lineamientos establecidos y el relacionamiento entre actores determinado en la RIIPPL, debe ser responsable de la vigilancia en salud pública y el desarrollo de programas de capacitación a las instituciones que desarrollan la atención en salud y gestionan administrativamente las UAP.
- b) Garantía en la continuidad de la atención, apoyo de interconsultas y coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- c) Un nivel complementario de atención conformado a partir de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, prioritariamente las de carácter público, del municipio o departamento donde se ubica el ERON, y una complementación a través de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud en los casos donde no se cuente con la disponibilidad y suficiencia de los servicios, coordinado con la correspondiente entidad autorizada de la operación del aseguramiento en salud.
- d) Establecimiento de una acción intersectorial entre el INPEC, USPEC, Ministerio de Justicia y derecho y Ministerio de Salud y Protección Social para apoyar la atención integral en salud.

La organización de la RIIPPL independiente de articulación interinstitucional que se tenga debe garantizar la accesibilidad, integralidad y continuidad de atención en salud, la mayor resolutivez de conformidad con las condiciones de autorización y funcionamiento para las UAP definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad – RIIPPL se define como el conjunto de prestadores de servicios de salud prioritariamente de naturaleza pública, articulados y coordinados de manera secuencial para garantizar el acceso efectivo de la población privada de la libertad a los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna, de manera continua e integral, en condiciones de calidad. La RIIPPL tiene como objetivo fundamental la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud tomando en consideración el enfoque diferencial, la diversidad de la población, las particularidades culturales, sociales, económicas y las propias condiciones de vida en los establecimientos de reclusión.

De acuerdo con las necesidades de la población se organizan en un nivel primario y otro complementario desde un continuo de atención, con soporte en la coordinación asistencial en red, incluyendo el sistema de referencia y contrarreferencia, así como la gestión operativa que debe realizar el INPEC, las EPS y los regímenes especial y de excepción que participen en el proceso de atención intramural, extramural y en detención domiciliaria.

La propuesta de la organización de servicios en la RIIPPL, parte del énfasis en el fortalecimiento del nivel primario de atención, con el fin de asegurar y el establecimiento de los niveles de coordinación asistencial que permitan la continuidad en las atenciones en el nivel complementario de la RIIPPL. De manera adicional, en los establecimientos con alta concentración de población se plantea el desarrollo de una infraestructura que posibilite minimizar los efectos en salud y reducir los procesos de remisión fuera de los establecimientos.

- **Nivel primario de atención.** El componente del nivel primario de atención se constituye en la puerta de entrada de la población privada de la libertad al

sistema de salud, el cual integra y coordina la atención con el nivel complementario desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos. Este nivel tiene como objetivo poder resolver el mayor número de necesidades en salud con un énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el nivel primario de atención hacen parte los equipos básicos de salud y los programas para eventos o condiciones de interés en salud pública. En general:

- a. Busca tener la capacidad para resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención de las PPL, en todos los establecimientos de reclusión del orden nacional para el logro de la resolutiveidad.
- b. Debe ser el componente de la red organizado de manera funcional que garantiza la coordinación y la mayor parte de los vínculos de los individuos y su familia.
- c. Desarrollar la gestión del riesgo en salud incluyendo, lo correspondiente a la segmentación y estratificación del nivel de riesgo en salud de la población privada de la libertad, con el fin de establecer las acciones individuales y colectivas que se deben garantizar en marco de la RIIPPL.

El nivel primario de atención está conformado por las Unidades de Atención Primaria - UAP, que por obligatoriedad dispuesta en la Ley 1709 de 2014, deben existir en los ERON, los Equipos Básicos de Salud de los ERON y los programas y estrategias para la promoción de la salud, prevención, control, eliminación y erradicación de eventos o condiciones de interés en salud pública.

Para la organización del nivel primario de atención, el operador o entidad que realice la gestión de la RIIPPL, deberá integrar prestadores de servicios de salud de naturaleza pública de manera prioritaria, que se encargaran de la integración de las Unidades de Atención Primaria de cada ERON, al modelo de operación intramural.

- **Nivel complementario de atención.** El nivel complementario corresponde al componente de las RIIPPL conformado por instituciones prestadoras de servicios de salud prioritariamente de naturaleza pública que cuentan con

una mayor especialización, alta tecnología y personal de salud especializado, para la atención en salud en los casos que se requiera una mayor complejidad.

6.2.2. Conformación del nivel primario de atención de la Red Integral e Integrada para la atención a la población privada de la libertad - RIIPPL.

El nivel primario de la RIIPPL debe facilitar el acceso a los servicios de salud, garantizar la atención integral que tenga la capacidad de intervenir en el marco de las necesidades en salud de la población; la implementación de programas y estrategias de cuidado integral de la salud y prevención de la enfermedad, ofertar la atención integral en salud mental, en el nivel primario, así como frente al consumo de sustancias psicoactivas, establecer las estrategias de seguimiento y evaluación dentro y fuera del establecimiento de reclusión y por último, establecer los niveles de coordinación requeridos con el nivel complementario de la red y las demás organizaciones que contribuyan de manera positiva en las necesidades de la población.

Se debe además, garantizar la organización del nivel primario la articulación de las UAP con CAMAD, Comunidades Terapéuticas, PEC Proyectos de educación comunitaria penitenciario y los programas para eventos o condiciones de interés en salud pública.

El nivel primario de la RIIPPL estará conformado por Unidades de Atención Primaria – UAP y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de manera prioritaria con una atención extramural frente al ERON, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Las **Unidades de Atención Primaria – UAP** se conciben como las unidades de atención intramurales en cada uno de los establecimientos de reclusión de orden nacional y se establece como el articulador y coordinador de la prestación de los servicios de salud en el establecimiento de reclusión para la continuidad del cuidado y la atención integral en salud. Estas instituciones prestarán servicios para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en el alcance del nivel primario de atención donde de

manera prioritaria deberá garantizar los servicios de la tabla No 1, así como la prestación de intervenciones colectivas y acciones para el fomento de la salud y bienestar de la población.

De acuerdo a las necesidades poblacionales y territoriales, contará con servicios de mediana complejidad, los cuales podrán ser brindados en diferentes modalidades de prestación, de los grupos de consulta externa especializada y apoyo diagnóstico y terapéutico, coordinando con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas que hacen parte del nivel primario de atención extramural a través de las modalidades de prestación, con prevalencia de la modalidad de atención intramural, de estos servicios con accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad.

Es necesario precisar que la oferta de servicios intramurales de las UAP va a ser diferencial inicialmente principalmente por la garantía de la mayor parte de servicios de salud requeridos, la población en cada establecimiento de reclusión, la integración para el fortalecimiento del nivel primario de atención, los niveles de accesibilidad o ERON de difícil acceso, que determinan las siguientes cinco categorías de UAP:

Tabla 1. Categorías de UAP a partir de condiciones definidas de ERON

CATEGORIA	
1	ARMADA - EJERCITO - FUERZA AEROESPACIAL
2	ERON MENOS DE 137 PPL
3	ERON DE 138 A 328 PPL
4	ERON DE 329 A 1044 PPL
	ERON DE DIFÍCIL ACCESO
5	ERON ALTA SEGURIDAD
	ERON JUSTICIA Y PAZ
	ERON CON ORDEN JUDICIAL
	ERON DE MÁS DE 1045 PPL

- CATEGORÍA 1: Para la categoría 1 se establecieron los establecimientos de reclusión adscritos pero no custodiados por el INPEC, los cuales hacen parte

de Fuerzas Militares como son el Ejército Nacional de Colombia, Armada de Colombia y Fuerza Aeroespacial Colombiana.

- CATEGORÍA 2: Para esta categoría se estableció que fueran los ERON con una población igual o menor de 137 personas privadas de libertad.
- CATEGORÍA 3: Para esta categoría se estableció que fueran los ERON con una población de 138 a 328 personas privadas de libertad.
- CATEGORÍA 4: Para esta categoría se estableció que fueran los ERON con difícil acceso geográfico y con una población de 329 a 1044 personas privadas de libertad.
- CATEGORÍA 5: Para esta categoría se estableció que fueran los ERON con pabellones de justicia y paz, privados de libertad de alta seguridad por su perfil delictivo, que por orden judicial exigen la presencia de recurso humano asistencial las 24 horas del día y con una población de más de 1045 privados de libertad.

Estas categorías fueron seleccionadas atendiendo las necesidades institucionales y particularidades de infraestructura física, poblacionales y jurídicas de la población privada de libertad y procurando una distribución equitativa de establecimientos de reclusión por categoría.

En este sentido se configuran dentro de la atención dos formas de prestación de los servicios que dependen de las categorías y necesidades en salud:

- Atención permanente (PERM): se define como los servicios que se encuentran disponibles en la UAP de manera física de acuerdo con las modalidades de atención ofertadas (intramural, extramural o de telesalud) en cada uno de los ERON y se garantiza de acuerdo a los horarios establecidos la disponibilidad de dicho servicio. En estos se garantiza la disponibilidad del personal de salud, la dotación y la infraestructura requerida de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente.
- Atención programada (PROG): se refiere a los servicios que de acuerdo a las necesidades particulares de cada ERON se proveen en espacios de tiempo delimitados, y se programan con antelación de acuerdo con las necesidades que se identifiquen en las UAP de cada uno de los ERON.

De acuerdo a esta configuración los servicios disponibles en cada una de las UAP es la siguiente:

Tabla 2. Servicios por UAP a partir de categorías definidas por ERON

CATEGORIA	1	2	3	4	5
CANTIDAD DE ERON	11	25	28	38	34
Cirugía General	PROG	PROG	PROG	PROG	PERM
Enfermería	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Ginecoobstetricia	PROG	PROG	PROG	PERM	PERM
Medicina familiar	PROG	PROG	PERM	PERM	PERM
Medicina general	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Nutrición y dietética	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Odontología general	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Oftalmología	PROG	PROG	PERM	PERM	PERM
Optometría	PROG	PROG	PERM	PERM	PERM
Pediatría	PROG	PROG	PROG	PERM	PERM
Psicología	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Psiquiatría	PROG	PROG	PROG	PROG	PERM
Vacunación	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Laboratorio clínico	PROG	PROG	PROG	PROG	PERM
Toma de muestras de laboratorio clínico	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Servicio farmacéutico	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM
Terapia ocupacional	PROG	PROG	PROG	PERM	PERM
Terapia respiratoria	PROG	PROG	PROG	PERM	PERM
Fisioterapia	PROG	PROG	PROG	PERM	PERM
Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	PROG	PROG	PROG	PERM	PERM
Imágenes diagnosticas - ionizantes	PROG	PROG	PROG	PERM	PERM
Imágenes diagnosticas - no ionizantes	PROG	PROG	PERM	PERM	PERM
Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas	PROG	PROG	PERM	PERM	PERM
Urgencias	PROG	PERM	PERM	PERM	PERM

De otra parte, de acuerdo con la estancia en el establecimiento de reclusión de poblaciones con necesidades específicas se garantizará los servicios disponibles requeridos en la atención intramural y aplica entre otros en el caso de gestantes, mujeres con menores de 3 años, población mayor de 60 años, personas con discapacidad.

En cada UAP, existirá al menos un coordinador de esta que garantice y monitoree el cumplimiento de directrices impuestas en este Modelo por parte de contratistas y/o prestadores contratados para tal fin y deberán integrar las capacidades y condiciones de atención en salud de las Unidades Primarias de Atención Inicial de Urgencias en Salud de cada ERON, con el fin de realizar la respectiva complementación del nivel primario en los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios a cargo del INPEC.

La UAP contará con operadores que realizan diariamente los procesos de limpieza y desinfección de las Unidades de Atención Primaria, área de aislamiento sanitario, las áreas de salud mental, áreas de paso y todas las áreas donde se realice atención en salud. Deberá actualizar e implementar el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud con participación en el grupo GAGAS el INPEC. Así mismo toda la gestión administrativa para la recolección de los residuos generados durante la atención en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

El prestador de servicios de salud primario intramural deberá ser responsable del archivo físico de las historias clínicas que cumpla con las normas mínimas de seguridad y privacidad de la información, teniendo en cuenta la Resolución 1995 de 1999 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Así mismo, como parte de la gestión del UAP, los prestadores de servicios de salud públicos y privados que operen en nivel primario intramural, deberán articularse con los Equipos Básicos de Salud determinados que operen en el área de influencia del ERON, así como con otras estrategias de atención como los CAMAD y los programas para eventos o condiciones de interés en salud pública

Los **Equipos Básicos de Salud** en los establecimientos de reclusión del orden nacional se refieren a las unidades operativas interdisciplinarias encargadas de garantizar la atención integral en salud a la población privada de la libertad, bajo los principios de atención primaria, enfoque preventivo y gestión del riesgo. Se plantea la conformación por personal de salud intramural como médico general, enfermero, auxiliar de enfermería, psicólogo, odontólogo, trabajador social y estarán acompañados de acuerdo a la categoría de la UAP por otros profesionales definidos en torno a las necesidades en salud.

En consonancia con la normatividad vigente, su principal función es ejecutar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención individual y colectiva, vigilancia en salud pública, seguimiento clínico, y articulación de la gestión asistencial.

Además, coordinan y fomentan los procesos para la identificación y análisis de riesgos, la elaboración del perfil epidemiológico de la población privada de la libertad, la gestión de casos priorizados, la referencia y contrarreferencia, y la implementación de planes de mejoramiento de la calidad en salud. Estos equipos operan en coordinación y bajo las directrices del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) responsables, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y las autoridades territoriales de salud, asegurando un enfoque diferencial, poblacional y territorial en la atención intramural.

El **nivel primario de atención extramural** se concibe a partir de la organización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prioritariamente de naturaleza pública, cuyo objetivo se enmarca en complementar la atención de las UAP para lograr la completitud del nivel primario de atención, ya sea a través de atención presencial en modalidad extramural haciendo énfasis en la atención por medio de brigadas intramurales del establecimiento de reclusión por parte de la población privada de la libertad con las medidas establecidas por el INPEC o la prestación de los servicios por modalidades extramurales o de telemedicina directamente en el establecimiento de reclusión.

El objetivo del nivel primario de atención extramural implica complementar a través de esquemas de coordinación para la atención integral en salud, en marco de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en el alcance del nivel primario de atención de la RIIPPL.

Los servicios disponibles en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que provee en nivel primario de atención extramural son los siguientes:

Tabla 2. Servicios disponibles en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en nivel primario de atención extramural

GRUPO SERVICIOS	CÓDIGO	NOMBRE DEL SERVICIO
Consulta Externa	301	Anestesia
Consulta Externa	302	Cardiología
Consulta Externa	304	Cirugía General
Consulta Externa	308	Dermatología
Consulta Externa	312	Enfermería
Consulta Externa	316	Gastroenterología
Consulta Externa	320	Ginecobstetricia
Consulta Externa	323	Infectología
Consulta Externa	324	Inmunología
Consulta Externa	325	Medicina Familiar
Consulta Externa	326	Medicina física y del deporte
Consulta Externa	327	Medicina física y rehabilitación
Consulta Externa	328	Medicina General
Consulta Externa	329	Medicina Interna
Consulta Externa	331	Neurología
Consulta Externa	332	Neumología
Consulta Externa	333	Nutrición y Dietética
Consulta Externa	334	Odontología General
Consulta Externa	335	Oftalmología
Consulta Externa	337	Optometría
Consulta Externa	339	Ortopedia y traumatología
Consulta Externa	340	Otorrinolaringología
Consulta Externa	342	Pediatría
Consulta Externa	344	Psicología
Consulta Externa	345	Psiquiatría
Consulta Externa	347	Rehabilitación oral
Consulta Externa	354	Toxicología
Consulta Externa	355	Urología
Consulta Externa	420	Vacunación
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	Laboratorio Clínico

GRUPO SERVICIOS	CÓDIGO	NOMBRE DEL SERVICIO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	Servicio Farmacéutico
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	717	Laboratorio Citologías Cérvico-Uterinas
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	728	Terapia Ocupacional
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	729	Terapia Respiratoria
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	Fisioterapia
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	740	Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	Imágenes Diagnosticas - Ionizantes
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	745	Imágenes Diagnosticas - No Ionizantes
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	748	Radiología Odontológica
Atención Inmediata	1101	Atención del Parto
Atención Inmediata	1102	Urgencias
Atención Inmediata	1103	Transporte Asistencial Básico

De manera especial, este portafolio de servicios puede ser adaptado a las necesidades de salud de la población en establecimientos de reclusión a partir de la caracterización poblacional, la disponibilidad y suficiencia de los servicios o en marco de necesidades de tipo operativo de las UAP.

6.2.3. Conformación del nivel complementario de atención de la Red Integral e Integrada para la atención a la población privada de la libertad - RIIPPL.

El nivel complementario de la RIIPPL debe facilitar garantizar la atención integral en salud de acuerdo con las necesidades de la población ante requerimientos más complejos o con necesidad de mayor tecnología o recursos humanos especializados, con el fin de intervenir las necesidades en salud de la población. Se

requiere garantizar la atención especializada en servicios de mediana y alta complejidad para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en los casos que sea requerida. Un componente de relevancia es la atención de mediana y alta complejidad en salud mental para el tratamiento de enfermedades y el consumo de sustancias psicoactivas, además de una atención en salud para las consecuencias relacionadas con violencias, enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles como el VIH, hepatitis y tuberculosis bajo un enfoque de atención multidisciplinario.

El nivel complementario de la RIIPPL se organiza a partir de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prioritariamente de naturaleza pública del territorio donde se ubica el establecimiento de reclusión y en los casos que por no disponibilidad o insuficiencia de los servicios requeridos se deberán establecer los acuerdos interinstitucionales con las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza privada por parte de la entidad autorizada para la operación del aseguramiento de la población privada de la libertad, en consonancia con los niveles de operación de la RIIPPL.

El nivel complementario de la RIIPPL debe coordinar con las UAP y las instituciones prestadoras de servicios de salud del nivel primario de atención, la gestión del riesgo de la población y establecerá los mecanismos requeridos a nivel asistencial, administrativo y logístico que permitan el acceso efectivo de la población y la superación de sus necesidades de atención en salud, así como, el seguimiento y el monitoreo de las condiciones de salud a lo largo del continuo de la atención.

La implementación del Modelo de Atención en Salud requerirá una articulación efectiva entre el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), las entidades territoriales, las entidades administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el marco de la Red Integral e Integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad (RIIPPL), garantizando la continuidad de la atención, el acceso oportuno y la integralidad de las intervenciones, especialmente para la población infantil conviviente.

6.3. Condiciones de calidad

Las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias (UAP) de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se preste la atención intramural, deberán cumplir con los criterios de autorización de funcionamiento y operación determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales deberán estar incorporados para el seguimiento a la gestión de la atención en salud en los Manuales Técnico administrativos que expida el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en coordinación con la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC).

Los Prestadores Extramurales del Nivel Primario y Complementario de atención deberán cumplir con la normatividad establecida en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido en el Decreto 780 de 2016 y las normas que lo desarrollan, y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

De manera complementaria a las condiciones de calidad anteriormente previstas, los establecimientos de reclusión que cuentan con servicios de salud intramurales deberán:

- Contar con un “área de paso”, para alojar a la población privada de la libertad que requieran cuidados especiales después del egreso de una hospitalización, sea esta por intervención quirúrgica o por tratamiento médico, o con anterioridad a un traslado a un prestador extramural para continuar su atención o tratamiento o para brindar condiciones cómodas e higiénicas que permitan su monitoreo y recuperación. Igualmente, podrán contar con un área de observación en salud mental para personas que requieran supervisión médica por trastorno mental con riesgo de agresión a sí mismo o a otros, previa a la referencia al prestador extramural para continuar su atención o tratamiento.
- Contar con un área de consulta prioritaria para prestar servicios de salud de atención básica a la población carcelaria.
- Realizar atención directamente en las celdas, o en centros de detención transitorios cuando a juicio del INPEC, se considere que por riesgos de seguridad, la atención médica de un recluso no pueda realizarse en las

Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias, siempre y cuando sea técnicamente posible, según concepto del médico tratante.

- También se podrá realizar la prestación de servicios de salud al interior de los establecimientos de reclusión, mediante la modalidad de brigadas o jornadas de salud para fortalecer la atención integral en salud.
- Implementar las salas ERA institucionales o permanentes; funcionales o temporales con el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad por ERA en la PPL, estos espacios deben cumplir con los requisitos de bioseguridad, infraestructura, dotación básica, registros asistenciales y de talento humano para garantizar una estancia de más de cuatro o seis horas, así mismo requieren para una oportuna y adecuada atención una terapeuta respiratoria o una enfermera las 24 horas.

6.4. Sistema de referencia y contrarreferencia

El sistema de referencia y contrarreferencia en la RIIPPL es un componente esencial para garantizar la atención continua y de calidad a la población privada de la libertad, bajo la premisa de un enfoque integral e integrado en el cuidado de la salud. Este sistema facilita la coordinación entre los diferentes niveles de atención de la red y su operación, optimizando el flujo de pacientes y asegurando que reciban la atención adecuada en el momento oportuno.

El sistema de referencia de la RIIPPL se refiere al proceso mediante el cual un paciente es remitido desde el nivel primario de atención al nivel complementario de atención, especializado o con mayor requerimiento tecnológico, cuando su condición médica requiere un tratamiento o diagnóstico más avanzado.

Por otro lado, en el sistema de referencia y contrarreferencia se debe garantizar el proceso inverso, en el cual un usuario, luego de haber recibido atención en un nivel complementario, es devuelto al nivel primario para continuar con su tratamiento y seguimiento. La contrarreferencia asegura que el paciente reciba un seguimiento

continuo, lo cual es fundamental para la gestión de enfermedades crónicas o el control postoperatorio, y facilita una atención continua.

Ambos sistemas son necesarios para asegurar en la RIIPPL una gestión adecuada de los recursos y evitar la duplicación de esfuerzos, garantizando que los pacientes reciban la atención más apropiada en el nivel adecuado. Esta interacción también fomenta la continuidad del cuidado, un principio clave en la organización de una red de salud efectiva.

Para el logro del funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia se requiere de una coordinación efectiva que incluye, la información clara y completa sobre el estado del paciente, el tratamiento recibido y las recomendaciones médicas es esencial para garantizar la continuidad de la atención.

En este sentido, los lineamientos establecidos en este modelo para la Referencia y Contrarreferencia de la PPL, constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación de la atención en salud, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a este grupo poblacional mediante una atención integral, oportuna y de optimización de recursos.

En este sentido se requiere tener en cuenta los siguientes aspectos:

Una vez la persona privada de la libertad acceda a los servicios podrá ser remitido según necesidad a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario o complementario extramural, en forma programada o de urgencias según necesidad y considerando las regiones administrativas del INPEC. En este sentido se requiere que las RIIPPL coordina con la red a cargo del operador de cada departamento o distrito pero que en los casos que se requiera se realice la coordinación con otras redes a fin de garantizar las actuaciones operativas y administrativas del INPEC por las propias necesidades de traslados coordinados por fuera de los establecimientos de reclusión.

Para referencia de personas privadas de la libertad hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario o complementario extramural, deberá mediar remisión del profesional tratante y de acuerdo al

procedimiento administrativo determinado por el INPEC. Cuando un usuario previamente referido para atención especializada, sea contrarreferido a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario o complementario intramural o extramural, seguirá siendo atendido por el profesional no especializado, a menos que se deje constancia de lo contrario en la respuesta o contrarreferencia. En caso de que el profesional no especializado lo considere, podrá ser remitido nuevamente al especialista.

Una vez sea contrarreferido el paciente al establecimiento de reclusión, la Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria, deberá garantizar el manejo indicado y la entrega de medicamentos y suministros. Los tratamientos con medicamentos de control especial o que representen un riesgo por sobredosis para la salud del paciente, deberán ser supervisados por parte la Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria, o previa instrucción y bajo responsabilidad de este, deberán ser entregados de manera fraccionada (unidos) por la entidad que garantice el programa de salud mental y que esté debidamente registrado en estupefacientes

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia será garantizado de la siguiente manera:

- a) En caso necesario, se remitirá la persona privada de la libertad a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario extramural, más cercano. Se tendrá en cuenta la capacidad de resolución, los criterios de seguridad para cada caso en particular y los lineamientos establecidos por el INPEC para tal fin
- b) Si la referencia o contrarreferencia es ambulatoria, es decir sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente, el desplazamiento estará a cargo del INPEC;
- c) La referencia desde el UAP a algún las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario extramural, o entre los prestadores extramurales, para atención en servicios de urgencias u hospitalización y que deba según criterio del profesional tratante ser transportado en ambulancia, estará a cargo de los prestadores contratados por la entidad que opere el modelo de salud. Para la población afiliada a una Entidad Promotora de Salud (EPS), a entidades que administran los regímenes de excepción y

especiales el transporte en ambulancia estará a cargo de dichas entidades previa gestión de la UAP. Lo anterior para garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, contando con las medidas de seguridad para cada caso a cargo del INPEC;

- d) Los traslados de personas en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC que se encuentren en estado crítico y deban ser atendidos en un servicio de urgencias, estarán a cargo de los prestadores de servicios de salud contratados por el prestador del servicio para garantizar la prestación de los servicios médico asistenciales, el traslado se debe solicitar por parte del interesado o a través de un tercero a la línea designada para este fin por el prestador contratado por la fiducia. Para la población afiliada a una Entidad Promotora de Salud (EPS), a entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, el traslado estará a cargo de dichas entidades en marco a la red integral integrada de salud habilitada por el departamento o distrito. El traslado se debe solicitar por parte del interesado o a través de un tercero a la línea designada para este fin por la Entidad Promotora de Salud (EPS), entidades que administran los regímenes de excepción y especiales;
- e) La persona privada de la libertad o un tercero deberá comunicar dicha situación en tiempo real a través del brazalete o manilla electrónica, línea celular o fija asociada al dispositivo, al Centro de Vigilancia Electrónica, al establecimiento de reclusión que vigile el cumplimiento de la detención o prisión domiciliaria y al respectivo juez según condición de sindicado o condenado; y seguir los procedimientos establecidos por el INPEC para tal fin
- f) En caso de no poder hacerlo en tiempo real debido a la condición crítica, deberán comunicarles la situación a la mayor brevedad posible, de manera personal o a través de un tercero al establecimiento de reclusión que vigile el cumplimiento de la detención o prisión domiciliaria, al Centro de Vigilancia Electrónica del INPEC y al respectivo juez según condición de sindicado o condenado;
- g) La consecución de las citas extramurales para las personas privadas estará sujeta al modelo de atención en salud, para lo cual la USPEC dispondrá de la correspondiente organización administrativa que permita hacer efectivo el sistema de referencia y contrarreferencia aquí previsto. En el caso de la

población afiliada a una Entidad Promotoras de Salud (EPS), o a entidades que administran los regímenes de excepción y especiales el INPEC informará a dichas entidades, para que estas realicen las gestiones administrativas ante los prestadores de servicios de salud por ellos contratados.

6.4.1. Modalidad de prestación de servicios de salud para población privada de la libertad afiliada al Régimen Contributivo que se encuentra en detención intramural.

Las EPS del régimen contributivo deberán articular la prestación de los servicios de salud y su red con las acciones en salud establecidas a través de la Unidad de Atención Primaria en Salud intramural. La articulación se debe hacer efectiva de acuerdo con la operación establecida en el modelo se formalizará a través de acuerdos voluntades e institucionales.

La atención integral que las EPS del régimen contributivo deben garantizar a su afiliado dentro del establecimiento de reclusión se refiere al componente de la red en el nivel primario intramural determinado en cada ERON que entre otros incluye: consulta medicina general, odontología, terapias físicas, toma de muestras de laboratorio clínico, tecnologías médicas, ayudas diagnósticas de baja, programas de promoción y prevención, salud mental y atención inicial de urgencias, también, se deberá incluir el suministro total de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

La gestión asistencial y administrativa busca que la PPL afiliada al régimen contributivo garantice la atención en salud a nivel intramural a partir de las consideraciones y la estructura funcional de las Unidades de Atención Primaria. En el caso que por disponibilidad, suficiencia o el requerimiento de una mayor capacidad resolutive, se establecen las siguientes directrices:

- Canal de Autorización Prioritaria: Las EPS deberán disponer de una ventanilla única virtual o enlace administrativo de respuesta inmediata (no superior a 24 horas) para la gestión de autorizaciones o servicios extramurales de la PPL.

- Telesalud: Se priorizará el uso de la telemedicina para consultas ambulatorias especializadas a través de la red establecida, utilizando las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud.
- Gestión de Patologías de Alto Costo: Para el suministro de medicamentos y dispositivos de alto costo, las EPS deberán garantizar la entrega directa y certificada en el centro de reclusión. En este caso, se deberá establecer un procedimiento que permita a la Unidad de Atención Primaria recibir y administrar dichos insumos bajo los protocolos farmacéuticos vigentes, garantizando la adherencia al tratamiento sin que el interno deba realizar trámites de reclamación externos.

El cumplimiento de los indicadores de oportunidad, calidad y pertinencia técnica por parte de las EPS en el entorno intramural será objeto de seguimiento permanente por parte de la autoridad competente y se deberán incluir mecanismos de auditoría concurrente y de seguimiento en términos de recursos y de atenciones en salud.

6.4.2. Modelo de operación de la Red Integral e Integrada para la Población Privada de la Libertad en Detención Domiciliaria.

La población privada de la libertad que se encuentre en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC, realizará las acciones que correspondan de conformidad con las condiciones de aseguramiento de la PPL y la operación autorizada del modelo de atención en salud, para garantizar la prestación de servicios de salud y deberán seguir los procedimientos establecidos para tal fin.

Los traslados de personas en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC que se requieran una atención inmediata por su condición clínica a un servicio de urgencias, estarán a cargo de los prestadores de servicios de salud contratados en la operación del modelo de atención en salud para garantizar la prestación de los servicios de salud. Dicha atención debe ser solicitada por el PPL o a través de un tercero a través de los canales de información ya establecidos y oficialmente determinados. Para la PPL afiliada a una Entidad Promotora de Salud (EPS), a entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, el traslado estará a cargo de dichas entidades en marco a la red integral integrada de salud habilitada por el

departamento o distrito. El traslado se debe solicitar por parte del PPL o a través de un tercero sobre los mecanismos y canales de comunicación establecidos para tal fin. En los casos excepcionales, cuando se presenta una urgencia de riesgo vital se deberá acceder por sus propios medios a un prestador de servicios de salud cercano a su lugar de residencia.

La persona privada de la libertad o a través de un tercero deberá comunicar de manera inmediata y en tiempo real a través del brazalete o manilla electrónica, línea celular o fija asociada al dispositivo al Centro de Vigilancia Electrónica y al establecimiento de reclusión del orden nacional que vigile el cumplimiento de la detención o prisión domiciliaria. De manera adicional debe notificarse al respectivo juez según condición de sindicado o condenado. Se requiere precisar que estas acciones deben estar coordinados con los procedimientos establecidos por el INPEC y con el ERON donde se encuentra en custodia.

En caso de no poder realizar las acciones anteriormente determinadas por la condición crítica, se deberá comunicarle la situación a la mayor brevedad posible, de manera personal o a través de un tercero al establecimiento de reclusión que vigile el cumplimiento de la detención o prisión domiciliaria, al Centro de Vigilancia Electrónica del INPEC y al respectivo juez según condición de sindicado o condenado, adjuntando documentación soporte como historia clínica o epicrisis que soporte el estado de salud.

6.4.2.1. Modelo de operación de la Red Integral e Integrada para la Población Privada de la Libertad en Detención Domiciliaria.

Atendiendo las reglas dispuestas por la normatividad de la vigente, respecto a la atención en salud de las personas en prisión domiciliaria, la Red Integral e Integrada para la población privada de la libertad en detención domiciliaria se gestionará a través de las Redes Integrales e Integradas de Salud que permiten la operación de las Entidades Promotoras de Salud que operen en de conformidad con los reglamentos establecidas en marco del sector salud y protección social y estas deben gestionar los mecanismos de coordinación para garantizar la atención en los hogares donde se encuentran cumpliendo su pena las personas privadas de la libertad en detención domiciliaria.

Para esto, la entidad que opere el modelo deberá realizar la integración funcional con los prestadores de servicios de salud que conformarán la Red, con el fin de

incluir en el modelo de atención a las personas privadas de la libertad, llevando los servicios de salud a los lugares donde se encuentren cumpliendo la detención domiciliaria, proceso que se llevará a cabo en el municipio correspondiente, con las modalidades de prestación requeridas, equipos territoriales de salud, así como las estructuras, servicios sociosanitarios y comunitarios.

6.4.3. Atención en salud para la población privada de la libertad a cargo de los centros de reclusión militar - CRM.

A todo PPL que se encuentre en un centro de reclusión militar-CRM adscrito a ERON a cargo de INPEC mediante acto administrativo, se le debe garantizar la realización de todos los registros médicos de ingreso: examen de ingreso EMI y egreso EME, valoración odontológica de ingreso-VOI y valoración psicológica de ingreso VAPSI. En marco de la operación determinada y autorizada, los prestadores de servicios de salud a cargo de esta estructura serán responsable de registrar estos datos en la plataforma Salud 360 y de archivar físicamente los documentos pertinentes, asegurando además la atención médica integral requerida.

6.4.3.1. Exámenes médicos para la atención en salud.

El examen médico de ingreso se debe realizar al 100% de la PPL que ingrese al CRM. Si durante la realización del EMI a la persona privada de la libertad se identifican riesgos en salud, se deben remitir a las RIAS de acuerdo al curso de vida, grupo poblacional, o patología específica, en cumplimiento a la resolución 3280 de 2018.

Para los PPL que están afiliados al régimen contributivo, de excepción y especial se deberá informar al CRM para se gestione la atención en salud responsables de gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud a sus afiliados con la finalidad de dar cumplimiento al procedimiento de referencia y contrarreferencia para el régimen contributivo y otros planes establecido por el INPEC y el CRM debe generar los registros en la plataforma 360.

El examen médico de egreso - EME: Se realiza a la PPL que egresa por libertad por autoridad, momentos previos a la excarcelación, la realización del EME está de la Red Integral e Integrada de la PPL y debe estar el registro en la Plataforma Salud 360.

6.4.3.2. Acceso a los servicios de salud.

En todos los CRM se debe contar con un personal asistencial que coordine la prestación de los servicios de salud en los CRM y deberá garantizar el talento humano correspondiente para la atención en salud de los PPL de conformidad con la categoría del ERON, así como el nivel primario y complementario extramural de la Red Integral e Integrada para la PPL y deberá trabajar de manera coordinada con el responsable del Centro de Reclusión Militar, en cumplimiento al procedimiento de atención en salud establecido por el INPEC.

El personal designado en la Red Integral e Integrada para la PPL será el encargado de gestionar en los tiempos establecidos todas las citas, actividades, procedimientos e intervenciones requeridas, exámenes de laboratorio, psiquiatría, nutrición, promoción y prevención, las atenciones de medicina especializada entre otros para la población interna en los centros de reclusión militar, dentro de los parámetros establecidos en el presente modelo para tal fin.

En el caso de la PPL perteneciente al régimen contributivo o de excepción que se encuentren dentro del CRM, deberán ser atendidas en marco de la articulación de la Red Integral e Integrada de Salud de la EPS a la que se encuentre afiliado el PPL.

6.4.3.3. Atención prioritaria para minimizar el deterioro súbito e inmediato del estado de salud.

Se refiere a la atención en salud requerida de manera inmediata a aquellas PPL con un deterioro súbito de su estado de salud. Por lo tanto, se deben establecer las estrategias de consulta prioritaria para el 100% de la PPL, sin importar el régimen de salud al que pertenezca. De manera puntual, el profesional de salud debe definir la conducta a seguir y deberá informar al responsable del CRM para la continuidad del trámite, activando la ruta definida para estos casos. En el caso que no se cuente el talento humano en salud disponible en el CRM, se debe activar la ruta definida para este fin.

6.4.3.4. Programas de promoción y mantenimiento de la salud.

La Red Integral e Integrada de Salud para la PPL deberá definir la ruta específica de atenciones para el abordaje oportuno a los programas especiales y el cumplimiento de metas individuales y colectivas mensuales, Definiendo y

ejecutando la ruta específica para el abordaje de programas especiales, fundamentada en el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y diferencial.

Esta gestión debe integrar la salud física y mental con el proceso de resocialización del individuo, priorizando la detección temprana y la protección específica teniendo en cuenta:

- Talento Humano: Garantizar la disponibilidad permanente de un equipo multidisciplinario que asegure la continuidad y organización de los servicios.
- Gestión Integral de Cohortes: Para pacientes con patologías de alto impacto (VIH, Tuberculosis, Enfermedades Crónicas), la IPS garantizará la valoración intramural, toma de paraclínicos, suministro inmediato de medicamentos y la ejecución de las RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud).
- Educación en Salud: Implementar estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) orientadas al autocuidado dentro del entorno carcelario.

Toda esta operación se regirá estrictamente por la normatividad vigente en marco de las acciones determinadas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la atención integral materno perinatal, asegurando los insumos, dispositivos y talento humano allí requeridos, al igual que su registro en la plataforma 360, con una coordinación con el responsable de cada CRM.

6.4.3.5. Salud mental.

Está a cargo de la Red Integral e Integrada de Salud para la PPL de conformidad con la región administrativa del INPEC quienes deben garantizar el acceso con calidad, oportunidad y continuidad. Para tal fin se debe contar con el equipo multidisciplinario idóneo que garantice la atención integral en salud mental donde se articulan los servicios a cargo en las áreas de psiquiatría, medicina general, enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional y la red de servicios intramural y extramural en el territorio nacional, incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones,

insumos médicos, medicamentos y demás tecnologías en salud, que se requieran para la atención integral e integrada en salud mental, teniendo en cuenta la infraestructura disponible y el número total de las personas privadas de la libertad

por CRM en los tiempos establecidos para el control de las patologías mentales existentes en los PPL

La atención integral en salud mental está enfocada a la prevención, atención integral e integrada, inclusión social, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención del suicidio, eliminación de estigmas y la discriminación del enfermo mental garantizando el derecho a la salud mental y se establecerá la garantía en la entrega de medicamentos en boca y el suministro suficiente de fármacos de patología psiquiátrica en su respectiva unidosis.

Toda intervención a estos privados de la libertad debe quedar registrado en el sistema de información Salud 360.

6.4.3.6. Centros de reclusión militar adscritos al INPEC.

Los centros de reclusión militar adscritos al INPEC son:

Tabla 3. Centros de reclusión militar

ERON RESPONSABLE	ERE SATÉLITE	UBICACIÓN	N° Total de PPL	TALENTO HUMANO PERMANENTE PROGRAMADO
CPMS Villavicencio	CPAMS EJAPI Cárcel y Penitenciaría de Alta y Mediana Seguridad para Miembros de la Fuerza Pública	Apiay, Villavicencio	4	auxiliar de enfermería permanente médico programado
CPMS Bogotá - Modelo	ARBOG Bogotá	Bogotá	5	auxiliar de enfermería permanente médico programado
CPMS Buenaventura	ARBUE Buenaventura	Buenaventura	2	auxiliar de enfermería permanente médico programado
CPMS Cartagena	ARCAR Cartagena	Cartagena	6	auxiliar de enfermería permanente médico programado
CPMS Sincelejo	CPAMS ARCOR Corozal	Corozal	9	auxiliar de enfermería permanente médico programado
COBOG - La Picota	CPAMS EJART Cárcel y Penitenciaría de Alta y Mediana Seguridad para Miembros del Ejército Nacional - Batallón Artillería N° 13	Bogotá	51	Profesional de Enfermería permanente. auxiliar de enfermería permanente

ERON RESPONSABLE	ERE SATÉLITE	UBICACIÓN	N° Total de PPL	TALENTO HUMANO PERMANENTE PROGRAMADO
				médico general permanente
CPMS Bello	CPAMS EJEBE - Centro de Reclusión Militar, Batallón de Ingenieros N° 4 General Pedro Nel Ospina	Bello	103	Profesional de Enfermería permanente. auxiliar de enfermería permanente médico general permanente
CPMS Cali	CPAMS EJECA - Cárcel y Penitenciaría de Alta y Mediana Seguridad para Miembros de la Fuerza Pública	Cali	66	Profesional de Enfermería permanente. auxiliar de enfermería permanente médico general permanente
CPMS Bogotá - Modelo	CPAMS EJEKO Cárcel y Penitenciaría de Alta y Mediana Seguridad para Miembros de la Fuerza Pública	Facatativá	34	Profesional de Enfermería permanente médico general permanente
CPMS Barranquilla	CPAMS EJEMA Cárcel y Penitenciaría de Alta y Mediana Seguridad para Miembros de la Fuerza Pública	Malambo Atlántico	- 19	auxiliar de enfermería permanente médico programado.
CPMS Bogotá - Modelo	CPAMS EJEPO Centro de Reclusión Militar Puente Aranda	Bogotá	28	Profesional de Enfermería permanente médico programado
CPMS Yopal	CPAMS EJEYO Cárcel y Penitenciaría de Alta y Mediana Seguridad para Miembros de la Fuerza Pública	Yopal Casanare	- 11	auxiliar de enfermería permanente médico programado
CPAMS Valledupar	CPAMS EJUPA Cárcel y Penitenciaría de Media Seguridad de Justicia Penal Militar	Valledupar	18	auxiliar de enfermería permanente médico programado

6.5. Salud pública

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

En este contexto, como toda la población colombiana, las personas privadas de la libertad tienen derecho, sin discriminación, a disfrutar el más alto nivel de salud posible y por tanto ser partícipes de las políticas que en materia de salud pública se desarrollen en el país.

Este principio de equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las prácticas sanitarias óptimas en las cárceles y con base en las directrices internacionales sobre la salud en el medio penitenciario y los derechos de los detenidos. El concepto de la cárcel como un entorno saludable refuerza la idea que la salud y el bienestar de los reclusos no son de la exclusiva responsabilidad de quien presta los servicios de salud en una prisión, sino que también de todos los sectores, actores e inclusive de la comunidad, que pueden influir en sus determinantes sociales estructurales y proximales.

Por lo anterior, la creación de un entorno saludable en las prisiones es una necesidad para las personas privadas de libertad, así como para el personal que trabaja en ella. Además, la población carcelaria, por sus características singulares y entorno particular, posibilita intervenciones en salud individual y colectiva que aporten a la disminución de inequidades en salud. En este sentido, el presente modelo establece las responsabilidades de los diferentes actores enmarcados en objetivos en salud pública, en el entorno carcelario, los cuales se enuncian a continuación:

- a) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud;
- b) Mejorar la calidad de vida de la población privada de la libertad;
- c) Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable;

- d) Actuar, de manera coordinada y bajo el principio de la corresponsabilidad, sobre los determinantes sociales de la salud que afectan el entorno carcelario;
- e) Minimizar el impacto de factores socioeconómicos y de los comportamientos que aumentan los riesgos de la enfermedad tanto individual como colectiva;
- f) Asegurar el tratamiento y apoyo a las personas privadas de la libertad que presentan con enfermedades psíquicas o físicas y a su entorno, incluyendo al personal que lo asiste;
- g) Minimizar la incidencia negativa de la enfermedad disminuyendo su impacto en la salud de la PPL y en la comunidad;
- h) Identificar e intervenir grupos poblacionales con necesidades especiales (mujeres, mujeres gestantes, mujeres que viven con sus hijos, adultos mayores, personas con discapacidades).
- i) Propender por la seguridad sanitaria y condiciones de saneamiento básico adecuado;
- j) Asegurar una nutrición saludable que contribuya a mejorar y mantener el estado de salud de la PPL;
- k) Dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 o las normas que la modifiquen o sustituyan así como directrices dadas desde las rutas integradas en atención en salud adaptadas a la PPL.

En este contexto las actividades a realizar en marco del Modelo de Atención para personas privadas de la libertad en concordancia con las políticas nacionales frente a la salud pública son las siguientes:

6.5.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud comprende:

- a) Implementar acciones dirigidas a incorporar el enfoque de derechos en políticas, planes, programas y proyectos institucionales.
- b) Generar entornos que promuevan y cuiden la integridad física, emocional y social de las personas. Incluye:

- c) Garantizar la infraestructura y dotación de servicios higiénico-sanitarios y de los servicios de alimentación en los establecimientos de reclusión de conformidad con los criterios establecidos por la autoridad sanitaria;
- d) Garantizar el desarrollo de acciones correspondientes a limpieza y desinfección de áreas y tanques de agua, programa de gestión integral de residuos, control de vectores y plagas, y planes de atención y respuesta ante emergencias en todos los establecimientos de reclusión de conformidad con los criterios establecidos por la autoridad sanitaria;
- e) Implementar procesos y estrategias en los prestadores primarios intramurales para una atención humanizada y con perspectiva diferencial.
- f) Desarrollar acciones de información en salud que apunten a persuadir de realizar una conducta de riesgo o disuadir de hacerla; promocionar las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; y reforzar comportamientos o saberes favorables para mantener la salud.
- g) Desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud dirigidas a la población privada de la libertad que generen competencias, conocimientos y hábitos que promuevan la salud.
- h) Generar alianzas estratégicas para el desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos orientados a generar bienestar y salud en la población privada de la libertad.

6.5.2. CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD

Se refiere al proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sistema de salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales. Este proceso se implementa a través de las redes integrales e integradas de salud y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los

prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces y demás actores del territorio.

6.5.3. GESTIÓN DEL RIESGO

Se refiere al proceso que permite analizar e intervenir riesgos individuales y colectivos en salud, así como la percepción de la población frente a las amenazas y vulnerabilidades, y afrontar la incertidumbre, que consiste en disminuir o mantener la ocurrencia de eventos negativos para la salud en niveles socialmente aceptables a través de estrategias de prevención o mitigación. Incluye:

a) Análisis de riesgo:

Comprende la identificación, caracterización y priorización de los riesgos colectivos que afectan la salud de las personas privadas de la libertad, mediante un abordaje epidemiológico y situacional que incluye:

- Recolección y análisis de información epidemiológica (prevalencia de tuberculosis, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, coinfección tuberculosis/VIH (TB/VIH), hepatitis B y hepatitis C, enfermedades mentales, entre otras).
- Evaluación de determinantes sociales, condiciones sanitarias, hacinamiento, violencia y acceso a servicios sociales.
- Detección de brotes o comportamientos inusuales de enfermedad.
- Participación de los equipos básicos de salud intramural, el INPEC y las EPS en el análisis de condiciones colectivas de salud.
- Elaboración de perfiles epidemiológicos penitenciarios por establecimiento de reclusión.

b) Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial, poblacional y territorial

A partir de los resultados obtenidos en el numeral anterior, se formulan acciones colectivas en salud pública orientadas a prevenir, mitigar o eliminar los riesgos identificados realizando las siguientes acciones:

- Diseño de planes integrales de intervención según grupos vulnerables o de protección especial.
- Planeación de jornadas de vacunación, tamizajes, promoción de salud oral, salud mental y salud sexual y reproductiva.
- Implementación de estrategias de educación en salud y autocuidado.
- Coordinación con entidades territoriales de salud para el acompañamiento y apoyo extramural.
- Articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

c) Modificación del riesgo

Se refiere a la ejecución de las acciones que posibiliten la reducción o eliminación del riesgo en salud colectiva, donde entre otras intervenciones se deben entre otras ejecutar las siguientes acciones:

- Ejecución de campañas de vacunación, desparasitación, entre otros.
- Detección temprana y tratamiento oportuno de tuberculosis, TB/VIH, VIH, ITS, hepatitis C y hepatitis B, trastornos mentales y demás enfermedades prevalentes.
- Intervenciones para mejorar las condiciones higiénico-sanitarias (agua potable, residuos, alimentos).
- Acciones para prevenir violencia intramural o autolesiones.
- Fortalecimiento de entornos saludables dentro de la cárcel
- Estrategias de promoción de salud mental y prevención del suicidio.

d) Vigilancia de la gestión del riesgo

- Se requiere un seguimiento PERM al comportamiento de los riesgos y a los efectos de las acciones implementadas a partir de:
- Sistemas de información en salud pública (SIVIGILA, historias clínicas, reportes epidemiológicos).
- Análisis de tendencias en indicadores de morbimortalidad, prevalencia de enfermedades, brotes.
- Revisión de alertas sanitarias o eventos centinela dentro del establecimiento.
- Evaluación periódica del cumplimiento de metas de intervención.

- Participación en los comités de salud intramurales, comités de vigilancia epidemiológica y de calidad.

e) Gestión de la calidad de la atención

La calidad en el componente de salud pública se garantiza mediante:

- Implementación de protocolos, guías y estándares para la atención en salud por intervenciones colectivas.
- Formación continua del personal en vigilancia en salud pública y en atención primaria en salud.
- Auditorías clínicas y de procesos en actividades de salud pública.
- Uso de indicadores de calidad para acciones colectivas
- Retroalimentación y mejora continua de los procesos.

6.5.4. GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA

La Gestión Territorial Integral de la Salud Pública se define como el conjunto de planes, programas, proyectos, estrategias y procesos desarrollados para garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas, familias y comunidades en los departamentos, distritos y municipios e incidir positivamente en los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales y los relacionados con el cambio climático y la paz

Comprende el desarrollo de los siguientes procesos transversales:

- a. Planeación integral en salud.** Proceso estratégico que, bajo el liderazgo de las entidades territoriales de los órdenes departamental, distrital y municipal, se orienta a la formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud bajo los principios y elementos establecidos en la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, y demás normas concordantes.
- b. Gestión del conocimiento en salud pública.** Proceso que conlleva la consolidación de espacios para la identificación, análisis y comprensión de

las necesidades y potencialidades en salud de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales, así como el establecimiento de mecanismos para la generación y difusión del conocimiento asegurando la integración de fuentes de información cuantitativas y cualitativas y promoviendo la investigación en salud pública.

- c. Cuidado integral de la salud.** Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sistema de salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales. Este proceso se implementa a través de las redes integrales e integradas de salud y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial de los órdenes departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces y demás actores del territorio.
- d. Direccionamiento de las políticas públicas.** Proceso que comprende el desarrollo de estrategias y mecanismos para identificar, analizar y evaluar la viabilidad y pertinencia de las políticas públicas en función de las necesidades en salud del territorio, así como el establecimiento e implementación de elementos para su formulación, adopción, adaptación, monitoreo, seguimiento, control social y evaluación.
- e. Coordinación intersectorial / transectorial para el cuidado integral de la salud.** Proceso que vincula las acciones conjuntas y coordinadas entre el sector salud y los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, inciden sobre los determinantes sociales de la salud, con

el fin de establecer objetivos compartidos y superar barreras institucionales que permitan la continuidad del cuidado de las personas, familias y comunidades, de manera que se garanticen servicios esenciales para su bienestar y de esta forma contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud.

- f. Participación Social y comunitaria.** Proceso que incluye las acciones mediante las cuales la sociedad civil, la comunidad organizada y la ciudadanía intervienen e influyen directa y activamente en la organización de la atención y servicios que se desarrollan en su territorio, el control, la gestión y la fiscalización de las instituciones y del sistema de salud en su conjunto, así como también, en la cogestión de la salud propia y de sus familias y comunidades.

- g. Desarrollo de capacidades.** Proceso mediante el cual las personas, las organizaciones y la sociedad, obtienen, fortalecen y mantienen conocimientos, aptitudes, actitudes, habilidades y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y, en respeto a la autonomía y la función descentralizada local.

- h. Vigilancia en salud pública.** Proceso misional, sistemático y oportuno de recopilación, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la salud de una población a través de la gestión de sistemas de información interoperables, cuyo objetivo es detectar, prevenir y controlar enfermedades y eventos de interés en salud pública. Este proceso permite la toma de decisiones informadas para la planificación e implementación de intervenciones sanitarias, facilitando la detección temprana, la respuesta oportuna, el monitoreo de tendencias y la evaluación del impacto de políticas de salud. Incluye articuladamente la vigilancia institucional, comunitaria y por laboratorio.

- i. **Gestión de medicamentos e insumos de interés en salud pública.** Este proceso se refiere al conjunto de actividades para la planeación, programación, adquisición, almacenamiento, control de la disponibilidad, distribución, uso y disposición final de los medicamentos, biológicos, reactivos de laboratorio, insecticidas, equipos y otros insumos para garantizar a la población del territorio nacional los insumos requeridos para la prevención y atención de eventos de interés en salud. Comprende cuatro dimensiones fundamentales: 1) la regulación y fiscalización de la seguridad, la calidad y la eficacia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias; 2) la selección, la evaluación, la incorporación y el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales; 3) la promoción, la provisión y el financiamiento de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales y; 4) la asistencia técnica, acompañamiento, monitoreo y seguimiento en el uso eficiente, racional de medicamentos, biológicos y otras tecnologías sanitarias esenciales incluyendo, los dispositivos rápidos siguiendo los lineamientos de la Resolución 1314 de 2019 o la que la sustituya.

- j. **Monitoreo y evaluación.** Proceso orientado a fortalecer las capacidades de las entidades territoriales y los demás integrantes del sector salud para la recolección sistemática de información sobre indicadores específicos, la medición sobre el grado de avance y logros de los objetivos relacionados con el estado de salud y bienestar de la población, la equidad en salud, los determinantes sociales de la salud, la capacidad de respuesta del sistema de salud, la implementación de la estrategia de atención primaria en salud y las acciones en salud pública; así como la determinación de la efectividad de las políticas, planes, programas y estrategias en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se establecen las responsabilidades de los diferentes actores en el eje de salud pública:

6.5.5. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

6.5.5.1. RESPONSABILIDADES DE LA USPEC

En promoción de la salud:

- a) Implementar, adaptar y/o adoptar, políticas públicas para la garantía del derecho a la vida y a la salud y la reducción de inequidades;
- b) Garantizar la infraestructura y dotación de servicios higiénico- sanitarios y de los servicios de alimentación en los establecimientos de reclusión de conformidad con los criterios establecidos por la autoridad sanitaria; orientados a garantizar la inocuidad de los alimentos, higiene de baterías sanitarias, cocinas y comedores, condiciones de alojamiento, el correcto uso de servicios sanitarios domiciliarios de acueducto y alcantarillado, entre otras;
- c) Gestionar el desarrollo de acciones que permitan generar entornos que promuevan el bienestar y salud. Incluye el desarrollo de acciones de limpieza y desinfección de áreas y tanques de agua, programa de gestión integral de residuos, control de vectores y plagas, y planes de atención y respuesta ante emergencias en todos los establecimientos de reclusión de conformidad con los criterios establecidos por la autoridad sanitaria;
- d) Identificar la magnitud, severidad y distribución de las amenazas y vulnerabilidades identificadas en los diferentes establecimientos carcelarios y penitenciarios, a partir de informes que el INPEC genera con este fin y de acuerdo a auditorías internas realizadas e información reportada desde las UPGD;
- e) Implementar en coordinación con el INPEC en los ERON los requisitos de saneamiento establecidos en la Ley 9ª de 1979, en su artículo 155;
- f) Gestionar acciones de información en salud que apunten a persuadir de realizar una conducta de riesgo o disuadir de hacerla; promocionar las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; y reforzar comportamientos o saberes favorables para mantener la salud;
- g) Desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud dirigidas a la población privada de la libertad que generen competencias, conocimientos y hábitos que promuevan la salud;

- h) Desarrollar actividades de fortalecimiento familiar y comunitario para la inclusión y la reintegración social de las personas privadas de la libertad.

En gestión del riesgo:

- a) Caracterizar la población privada de la libertad acorde a la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento técnico “Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud” a partir de la información suministrada por los prestadores de los servicios de salud, por conducto del Sistema de información y el INPEC;
- b) Elaborar un plan de salud que incluya los servicios, tecnologías en salud, los procesos para la adquisición de los medicamentos y otras tecnologías en salud requeridas por la población privada de la libertad por entidad territorial en coordinación con la Dirección Territorial de Salud y el INPEC, que permita la definición y articulación de acciones individuales y colectivas para promover la salud y gestionar el riesgo en salud en la población privada de la libertad en los diferentes establecimientos de reclusión, acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social;
- c) Desarrollar, en trabajo conjunto con la Aseguradora de Riesgos Laborales y la Entidad Administradora de Riesgos de Beneficios a las que se encuentren afiliados los trabajadores que prestan sus servicios en los establecimientos de reclusión, programas específicos para la prevención, detección temprana y atención oportuna de riesgos y eventos de origen laboral, en especial del Síndrome de Bornout.

En Gestión de la Salud Pública:

- a) Concertar con el INPEC y el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad en el marco de la normatividad vigente y las directrices de las autoridades nacionales y territoriales, las políticas, planes, programas y proyectos requeridos en materia de salud por la población privada de la libertad;

- b) Precisar de manera articulada con el INPEC las características de la infraestructura requerida para la prestación de servicios de salud;
- c) Gestionar, en coordinación con el INPEC, la implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en los establecimientos de reclusión y ejecutar en coordinación con INPEC las medidas de contención emitidas por las entidades territoriales ante brotes o situaciones de alerta epidemiológica que se generen en los mismos;
- d) Garantizar que en los establecimientos de reclusión se dispongan de áreas adecuadas de aislamiento o cuarentena para interrupción de la cadena de infección-transmisión en los casos de brotes por enfermedades transmisibles; que cumplan con condiciones básicas relacionadas con su ubicación, la iluminación, la ventilación, las unidades sanitarias disponibles y los elementos para el manejo de los residuos sólidos.
- e) Permitir, en coordinación con el INPEC, el ingreso a los representantes del ente territorial para realizar seguimiento a las condiciones de saneamiento básico, o en los demás casos en los que se deba ejercer actividades de IVC;
- f) Facilitar oportunamente la información que se requiera por las autoridades sanitarias nacionales y territoriales;
- g) Adquirir los biológicos requeridos para la contención de brotes en los establecimientos de reclusión.
- h) Propiciar espacios de participación activa incluyendo comités de salud pública en articulación con INPEC, operadores de salud, entidades territoriales y otros actores que permita la toma de decisiones que propendan por el bienestar en salud de la PPL.

6.5.5.2. RESPONSABILIDADES DEL INPEC

En Promoción de la salud

- a) Desarrollar en los establecimientos carcelarios y penitenciarios entornos saludables que garanticen el derecho a la vida y la salud;
- b) Desarrollar acciones de información en salud que apunten a persuadir de realizar una conducta de riesgo o disuadir de hacerla; promocionar las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y

su entorno; y reforzar comportamientos o saberes favorables para mantener la salud;

- c) Contar con planes de programa de limpieza y desinfección de áreas, programa de gestión integral de residuos, control de vectores y plagas y planes de atención y respuesta ante emergencias;
- d) Contar con un programa de desechos sólidos, que garantice la correcta gestión, recolección, conducción, manejo, almacenamiento interno, clasificación, transporte y disposición, que evite molestias sanitarias como focos de infección, proliferación de insectos y roedores;
- e) Resocializar y dar tratamiento penitenciario orientado a la garantía del derecho a la vida y salud.

En Gestión del Riesgo:

- a) En coordinación con la USPEC y los prestadores de servicios de salud, programar y ejecutar las acciones de seguimiento a la prestación del servicio en los establecimientos de reclusión;
- b) En coordinación con la USPEC, realizar las acciones necesarias para implementar el Modelo de Atención en Salud con la estrategia de Atención Primaria en Salud y establecer los mecanismos de monitoreo del mismo;
- c) Garantizar los procesos y procedimientos para la autorización, referencia y contrarreferencia de servicios de salud que den respuesta eficiente y oportuna a la situación individual o colectiva de la población privada de la libertad;
- d) Garantizar el traslado de la población privada de la libertad hacia y desde los establecimientos de salud extramurales cuando las condiciones de salud así lo requieran de forma oportuna;
- e) Implementar la inspección, vigilancia y control de los riesgos fitosanitarios de la cadena de producción, procesamientos, distribución y comercialización de alimentos dentro de los establecimientos de reclusión;
- f) Implementar el modelo de atención y establecer los mecanismos de monitoreo del mismo.

En Gestión de la Salud Pública

- a) Mantener y actualizar el Sistema de Información y analizar la información referida a la población privada de la libertad, a eventos de interés en salud pública y toda aquella que sea necesaria para la adecuada prestación y control de los servicios de salud y la toma de decisiones;
- b) Garantizar la articulación e interoperabilidad entre el Sistema de Información para la PPL y los sistemas de información de los prestadores de servicios de salud y los de la USPEC;
- c) Gerenciar el reporte efectivo y oportuno por parte del prestador en el aplicativo dispuesto para tal fin, el reporte de eventos de interés en salud pública, eventos adversos, RIPS y la información de acciones de detección temprana y protección específica de manera que se pueda disponer de información oportuna y confiable para conocer el estado de salud de la PPL;
- d) Concertar con la USPEC, en el marco de la normatividad vigente y las directrices de las autoridades nacionales y territoriales las políticas, planes, programas y proyectos requeridos en materia de salud por la población privada de la libertad;
- e) Proponer y ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos institucionales en materia de inducción, formación, capacitación y actualización del talento humano de la entidad en temas de salud;
- f) Realizar el monitoreo y evaluación de las acciones en salud adelantadas al interior de los establecimientos de reclusión y reportar de manera oportuna los resultados obtenidos a la entidad territorial correspondiente y la USPEC;
- g) Garantizar, en coordinación con la USPEC, los recursos necesarios para la implementación de los diferentes procesos para implementación del SIVIGILA;
- h) Articular con la Entidad territorial para el desarrollo de intervenciones colectivas y acciones de Vigilancia en Salud Pública y facilitar la entrada de los funcionarios de la misma a los establecimientos de reclusión;
- i) Facilitar la realización de los estudios e investigaciones que permitan conocer y analizar la situación de salud en los establecimientos carcelarios y penitenciarios cumpliendo la normatividad vigente para tal fin y previa aprobación de la EPN

- j) Trasladar los pacientes que presentan riesgo de transmisión en brotes o situaciones de alerta epidemiológica a áreas que garanticen condiciones de aislamiento, siguiendo los protocolos y directrices de la entidad territorial para cortar cadena de transmisión;
- k) Aplicar las medidas de contención de brotes emitidas por la autoridad sanitaria en cada establecimiento y lo estipulado en el Lineamiento para el fortalecimiento de las acciones de prevención de enfermedades transmisibles generadoras de brotes en población privada de la libertad y demás normatividad vigente en tema.
- l) En coordinación con la USPEC, establecer los mecanismos de monitoreo e implementación de indicadores de resultados en salud que permitan evaluar el cumplimiento e impacto de las acciones en salud pública.
- m) En coordinación entre la USPEC y los prestadores de servicios de salud implementar el Comité en salud Pública a través de un solo canal de información que permita generar estrategias y tomar decisiones frente al programa de salud pública
- n) Generar la emisión del Boletín Epidemiológico de Eventos de interés en salud pública y socializar con los actores del sistema de salud penitenciaria.
- o) Permitir, el ingreso a los representantes del ente territorial para realizar seguimiento a las condiciones de saneamiento básico, o en los demás casos en los que se deba ejercer actividades de IVC.

6.5.5.3. RESPONSABILIDADES DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

En promoción de la salud

- a) Articular con la USPEC y el INPEC el desarrollo de acciones de promoción de la salud establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), dirigidas a la población privada de la libertad.

En Gestión de la Salud Pública

- a) Realizar acciones tanto de monitoreo y evaluación como de inspección, vigilancia y control que le competen como autoridad sanitaria dirigidas al cumplimiento de la prestación de servicios a población privada de la libertad en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y normatividad vigente en salud pública emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social;
- b) Asistir técnicamente al INPEC, la USPEC y la red contratada para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo dirigida a la población privada de la libertad;
- c) Coordinar la implementación, monitoreo y evaluación de los procesos establecidos para la vigilancia en salud pública y gestionar que los establecimientos de reclusión realicen la notificación oportuna de eventos de interés en salud pública de reporte obligatorio a través del SIVIGILA;
- d) Realizar la investigación epidemiológica de campo de eventos de interés en salud pública acorde a los protocolos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
- e) Propender por el cumplimiento de los algoritmos diagnósticos y tratamientos de manera oportuna teniendo en cuenta el contexto penitenciario.

6.5.5.4. RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

En promoción de la salud

- a) Desarrollar acciones de información en salud que apunten a persuadir de realizar una conducta de riesgo o disuadir de hacerla; promocionar las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno y reforzar comportamientos o saberes favorables para mantener la salud;
- b) Desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud dirigidas a la población privada de la libertad;
- c) Implementar las actividades de promoción de la salud definidas en la normatividad vigente, adaptadas a los establecimientos por el INPEC y financiadas por el Fondo de Salud garantizando las condiciones contratadas y observando las pautas de seguridad carcelaria.

En Gestión del Riesgo

- a) Implementar las disposiciones aplicables con respecto a la prestación de servicios de salud establecidas en este modelo y en la demás normatividad vigente;
- b) Implementar las actividades de gestión del riesgo, adaptadas a los establecimientos por el INPEC y financiadas por el Fondo de Salud garantizando las condiciones contratadas y observando las pautas de seguridad carcelaria;
- c) Ejecutar las acciones de protección específica, detección temprana y atención integral de eventos de interés en salud pública conforme a normas técnicas, guías y protocolos nacionales;
- d) Implementar programas de promoción de la salud mental, la convivencia y de prevención y atención a trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, en coordinación con la entidad territorial;
- e) Implementar programas de salud para grupos poblacionales especiales (mujeres que viven con sus hijos y adultos mayores);
- f) Identificar y corregir oportunamente los incidentes que puedan afectar negativamente las condiciones de salud, resocialización o seguridad derivados de las atenciones brindadas por la red de prestadores;
- g) Cumplir con los procedimientos para la autorización, referencia y contrarreferencia de servicios de salud que den respuesta eficiente y oportuna a la situación individual o colectiva de la población privada de la libertad.
- h) Implementar un programa de estratificación del riesgo en paciente crónico identificando un plan de cuidado e intervenciones en salud de manera integral e integrada que permita mejorar y mantener la calidad de vida de la PPL.
- i) Realizar búsquedas activas e identificación del riesgo del consumo en SPA, a través de la estrategia CAMAD con acciones de intervención, acompañamiento, seguimiento y monitoreo.
- j) Participar en la coordinación técnica con el Ministerio de Salud, los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales del orden departamental y distrital, la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC,

las directivas y los responsables de atención y tratamiento del ERON para el desarrollo de la Estrategia CAMAD

- k) Reducir los factores de riesgo del consumo de SPA a través de la intervención psicosocial para la organización y continuidad a los Centros de Escucha en Coordinación con Área de Atención y Tratamiento del INPEC
- l) Prevenir el Consumo de SPA garantizando atención en medicina general y especializada, psicología, trabajo social y equipos multidisciplinarios de rehabilitación en salud en las comunidades terapéuticas del ERON adscritos al INPEC
- m) Disponer los equipos de salud en las atenciones psicosociales y ocupacionales para el cuidado integral en salud, por cursos de vida en los proyectos de Educativos comunitarios (PEC) a nivel penitenciario y carcelario

En gestión de la Salud Pública

- a) Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud;
- b) Cumplir con lo establecido para una UPGD (Unidad Primaria Generadora de Datos) del SIVIGILA en cada uno de los establecimientos que presten servicios de salud;
- c) Suministrar oportunamente la información requerida por la USPEC, el INPEC el Fondo Nacional de Salud y las autoridades nacionales y territoriales;
- d) Aplicar en coordinación con la USPEC y el INPEC los mecanismos definidos para el seguimiento y evaluación de resultados;
- e) Realizar el seguimiento de los resultados logrados mediante los mecanismos concertados y los indicadores de gestión y resultados en salud apropiados para la toma de decisión institucional;
- f) Desarrollar las políticas, planes, programas y proyectos institucionales en materia de inducción, formación, capacitación y actualización del talento humano de la entidad que permitan una atención de calidad y humanizada.
- g) Asistir a citaciones convocadas por USPEC, el INPEC el Fondo Nacional de Salud y las autoridades nacionales y territoriales; como SAR; COVES, CERCET, Asistencias Técnicas y unidades de análisis entre otras, aportando la información requerida en caso de ser necesario.

- h) Garantizar la calidad del dato del sistema de información en salud, plataforma salud 360 con oportunidad.
- i) Adoptar e implementar los formatos establecidos para la presentación de informes según indicación de USPEC, INPEC y Ministerio de salud y protección social.
- j) Dar cumplimiento a los planes de mejora requeridos por USPEC, INPEC, Entidad territorial de orden nacional, departamental o local como resultado de las intervenciones realizadas.
- k) Garantizar la inducción y reinducción al talento Humano en salud a los protocolos, lineamientos y guías de atención en salud para la PPL realizando evaluación continua y sistemática a la adherencia de los mismos.
- l) Cumplimiento de algoritmos diagnósticos de manera oportuna garantizando tratamiento, control y seguimiento a los eventos de interés en salud pública.

6.6. Seguimiento y evaluación del modelo de atención en salud

La USPEC, en coordinación con el INPEC, deberá realizar seguimiento y control al Modelo de Atención en Salud a la población privada de la libertad aquí definido, de forma tal que se garantice el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud.

El seguimiento y evaluación del Modelo de Atención en Salud incluirá al menos los siguientes componentes:

6.6.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario (SISIPEC) será la fuente principal de información de las autoridades penitenciarias, carcelarias, de salud y judiciales, en lo relativo a las condiciones de reclusión, y la plataforma salud360 del estado y atenciones en salud de cada una de las personas privadas de la libertad que se encuentren bajo custodia del Sistema Penitenciario y Carcelario.

La USPEC en coordinación con el INPEC, medirán los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud que prestan servicios a la población privada de la libertad. En todo caso, el prestador de servicios de salud intramural, deberá cumplir con los requerimientos e informes del sistema de información del sector salud contemplados en la Ley 79 de 1979, el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 y el numeral 5.8 de la resolución 0429 de 2016 o las demás normas que modifiquen, adicionen o sustituyan.

Aplicativo SALUD360:

El aplicativo SALUD360 es una plataforma tecnológica especializada para la gestión integral de la atención en salud de la población privada de la libertad (PPL) a cargo del INPEC. Esta herramienta ha sido diseñada con los objetivos de:

- a. Unificar el sistema de información en salud para la PPL a nivel nacional, garantizando estandarización y coherencia en los procesos clínicos y administrativos.
- b. Fortalecer la trazabilidad y el control de las atenciones médicas, asegurando el seguimiento efectivo de cada prestación de servicio.
- c. Integrar progresivamente las historias clínicas anteriores, facilitando el acceso a antecedentes clínicos y promoviendo la continuidad del tratamiento médico.

El sistema contempla múltiples perfiles de usuario (médico, odontología, enfermería, farmacia, psicología, nutrición, administrativos, entre otros), cada uno con funciones específicas y niveles de acceso diferenciados. La arquitectura del aplicativo está organizada en módulos funcionales, entre los que se destacan:

- Citas agendadas
- Admisiones
- Historia clínica electrónica
- Interconsultas y remisiones (referencia y contrarreferencia)
- Promoción y prevención
- Gestión del riesgo en salud pública
- Telemedicina
- Observación y hospitalización
- Inventario de medicamentos

- Reportes e informes de gestión
- Cargue de información al sistema ADRES

La plataforma cuenta con mecanismos de seguridad robustos, incluyendo el acceso mediante credenciales individuales, niveles de autorización según el perfil de usuario, y un sistema de auditoría interna que permite la trazabilidad detallada de cada acción realizada en el sistema.

La licencia del aplicativo SALUD 360 es de carácter perpetuo, sin restricciones en el número de usuarios para los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON) adscritos al INPEC. La administración y gobernanza del sistema estará a cargo del propio INPEC, lo cual garantiza la sostenibilidad operativa.

En este contexto, resulta imprescindible garantizar que el operador de salud utilice el aplicativo SALUD 360 como plataforma oficial y exclusiva para la gestión de servicios médicos. Esto no solo responde a criterios de eficiencia, seguridad e interoperabilidad, sino que es condición fundamental para:

- Evitar la fragmentación del sistema de información en salud;
- Reducir riesgos jurídicos derivados de la omisión en la trazabilidad de atenciones;
- Asegurar la equidad y oportunidad en la prestación del servicio a la población carcelaria.

Por tanto, el uso del aplicativo SALUD 360 no es una opción discrecional, sino una herramienta obligatoria e indispensable para la correcta operación del sistema de salud en contextos penitenciarios.

6.6.2. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La USPEC, en coordinación con el INPEC, deberá implementar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en la aplicación del presente modelo de atención y de la inclusión en el Manual Técnico Administrativo.

La USPEC, en coordinación con el INPEC, realizará mediciones de los niveles de calidad esperados, realizando seguimiento a las diferencias entre la calidad

deseada y la observada por parte de los prestadores de servicios de salud contratados, adoptando medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. Igualmente, mantendrá las condiciones de mejora realizadas del informe generado por el COSAD, el cual realiza seguimiento a subcomponentes de la prestación del servicio intramural como talento humano, dotación, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios, apoyos diagnósticos, Plan para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades - Pgirasa, seguimiento a brotes, enfoque diferencial, RIAS, atención extramural soportados en visitas a ERON e informes y reportes de plataforma Salud360. Sobre los hallazgos documentados en el COSAD, el prestador realizará el respectivo plan de mejoramiento.

En este sentido, se solicitará a las instituciones prestadoras de servicios de salud del nivel de atención primario o complementario extramurales, así como a los Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias, las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales según el grado de variación de los parámetros de calidad definidos y los resultados obtenidos, con el fin de garantizar los niveles de calidad establecidos por la normatividad vigente.

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

6.6.3. GESTIÓN DEL RIESGO

La USPEC, en coordinación con el INPEC, realizará seguimiento a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se deban desarrollar por parte de los prestadores, así como las estrategias que deban implementar para gestionar el riesgo especialmente por enfermedades de alto costo, eventos de interés en salud pública y de salud mental en la población privada de la libertad en los diferentes establecimientos de reclusión.

6.6.4. CUMPLIMIENTO DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

La USPEC, en coordinación con el INPEC y la autoridad sanitaria territorial, realizarán seguimiento a las acciones en gestión de la salud pública, en el marco de la normatividad vigente y las directrices de las autoridades nacionales y territoriales como son políticas, planes, programas y proyectos orientados a la población privada de la libertad.

6.6.5. SATISFACCIÓN DE USUARIOS

La USPEC y el INPEC evaluarán sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad de los servicios recibidos, para efectos de mejorar el servicio y aumentar la satisfacción de estos.

6.6.6. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

La USPEC, en coordinación con el INPEC, realizará seguimiento y control al componente administrativo, en las actividades desarrolladas por los prestadores, realizando las respectivas acciones a que haya lugar, con el fin de garantizar una adecuada atención en salud.

7. Talento humano en salud para la operación del Modelo de Atención en Salud para la PPL

El talento humano en salud constituye el elemento central para la operación efectiva del Modelo de Atención en Salud para la Población Privada de la Libertad. En concordancia con la Ley 1164 de 2007, el talento humano en salud comprende a todas las personas que intervienen en la promoción, educación, información en salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

La Resolución 1444 de 2025, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035, establece el marco estratégico que orienta la disponibilidad, distribución equitativa,

formación integral y las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal sanitario en el país. Por lo anterior, la reglamentación y los objetos determinados en esta resolución se adoptan al contexto penitenciario y carcelario, reconociendo sus particularidades como un entorno de alta complejidad operativa, con restricciones logísticas y de seguridad, y con una población que acumula necesidades de salud y una carga de enfermedad significativa. Esto implica que el talento humano en salud debe responder a las particularidades del entorno penitenciario y carcelario, integrando competencias clínicas, habilidades para el trabajo en contextos de privación de la libertad, y formación en enfoques diferenciales, de género, de derechos y de curso de vida, de conformidad con los componentes y principios de este Modelo.

El modelo incorpora los seis ejes estratégicos de dicha política (governabilidad y gobernanza, disponibilidad, distribución, formación, formación continua y condiciones de empleo y trabajo) adaptándolos a las realidades propias del sistema penitenciario, donde el talento humano en salud desempeña sus funciones en condiciones que demandan una preparación diferencial, capacidades específicas y garantías institucionales que protejan su bienestar y su desempeño profesional.

7.1. Principios que orientan la gestión del talento humano en salud en el contexto penitenciario

La gestión del talento humano en salud en marco del modelo de atención en salud para la PPL se fundamenta en los siguientes principios:

Dignidad y trabajo decente. Todo el personal de salud que opere en los establecimientos de reclusión del orden nacional tiene derecho a condiciones laborales dignas, estables y equitativas, en concordancia con lo establecido por la Organización Internacional del Trabajo y la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035, donde estas condiciones incluyen remuneración justa, protección social, estabilidad laboral y diálogo social, con especial atención al riesgo de agotamiento laboral derivado de la naturaleza del entorno carcelario.

Competencia diferencial. El personal de salud que atiende a la PPL debe contar con formación y competencias específicas para responder a las necesidades particulares de esta población, incluyendo el manejo de enfermedades prevalentes en el contexto de reclusión, la atención en salud mental, el enfoque de género, diferencial e interseccional, y el conocimiento de las condiciones operativas y de seguridad propias del sistema penitenciario.

Autonomía profesional. En concordancia con la Ley 1438 de 2011, se garantiza que el profesional de la salud pueda emitir con plena libertad su opinión profesional respecto a la atención y tratamiento de las personas privadas de la libertad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión, sin interferencias derivadas de las condiciones de reclusión o de los requerimientos del sistema penitenciario.

Humanización de la atención. El talento humano en salud que opera en los ERON debe actuar bajo principios de respeto por la dignidad humana, no discriminación, no revictimización, confidencialidad y empatía, contribuyendo activamente a la transformación de entornos institucionales que promuevan el bienestar de la PPL.

Interdisciplinariedad. La atención integral a la PPL requiere la conformación de equipos interdisciplinarios de salud que articulen capacidades médicas, de enfermería, de salud mental, odontológicas, nutricionales y de trabajo social, entre otras, bajo un enfoque de colaboración y coordinación intersectorial.

Enfoque de derechos, género e interseccionalidad. La gestión del talento humano en salud para la PPL debe incorporar activamente estos enfoques tanto en la selección y formación del personal como en la organización de los equipos de trabajo, con el fin de garantizar una atención libre de prejuicios, discriminación y violencia institucional.

7.2. Estructura del talento humano en salud para la PPL

La organización del talento humano en salud para la PPL se estructura en los niveles de la Red Integral e Integrada de Salud para la PPL. El talento humano en salud del nivel primario intramural, correspondientes a aquel que opera dentro de cada ERON a través de las Unidades de Atención Primaria - UAP, y el nivel complementario extramural, conformado por el talento humano en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud que operan en el nivel primario intramural y extramural.

En el nivel intramural el talento humano en salud debe garantizar la atención integral, continua y con enfoque diferencial a la PPL dentro de los ERON, con una composición según la categoría de la UAP asignada al establecimiento de reclusión, de acuerdo con la clasificación definida en este modelo, y responde a las

necesidades específicas de cada establecimiento en función de la magnitud de su población, su perfil de riesgo y sus condiciones de accesibilidad.

De acuerdo con la categoría de la UAP y las necesidades poblacionales del establecimiento, se puede complementar con perfiles adicionales como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria, fonoaudiología, optometría y personal farmacéutico, entre otros y en los establecimientos de reclusión donde se encuentren mujeres gestantes, madres lactantes y menores de tres años convivientes, se deberá garantizar la presencia permanente de perfiles con competencia en atención materno-perinatal, salud mental materna, lactancia materna y desarrollo infantil, en cumplimiento de las directrices establecidas en este modelo.

En cada UAP existirá un profesional en salud designado como coordinador, cuya función principal es garantizar y monitorear el cumplimiento de las directrices del modelo de todos los actores del modelo, articular las capacidades y competencias del talento humano en salud con los requerimientos del nivel complementario de la RIIPPL, y servir como interlocutor técnico ante el INPEC, la USPEC y las demás entidades del sistema.

Adicional al talento humano en salud, y en marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se promoverá la formación y vinculación de agentes comunitarios en salud entre la propia población privada de la libertad, los cuales actuarán como promotores internos de salud, facilitadores del acceso a los servicios de las UAP, y multiplicadores de acciones de autocuidado, educación en salud e identificación temprana de riesgos dentro del establecimiento de reclusión con una vinculación coordinada con el INPEC y enmarcarse en los programas de tratamiento penitenciario.

7.3. Disponibilidad y distribución del talento humano en salud para la PPL

En consonancia con la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035, la USPEC, en coordinación con el INPEC y el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán garantizar la disponibilidad suficiente de personal de salud en todos los ERON, con especial atención a los establecimientos de difícil acceso geográfico y a aquellos ubicados en regiones con baja densidad de oferta de servicios de salud.

Para ello se deberán implementar las siguientes estrategias:

- La USPEC desarrollará la planificación del talento humano por ERON, en coordinación con INPEC que contemple la relación entre la magnitud de la PPL, su perfil epidemiológico, el perfil de riesgo identificado y los servicios disponibles en la UAP, con el fin de asegurar que el talento humano en salud sea suficiente y adecuado para resolver la mayor parte de las necesidades de salud de forma intramural.
- En razón a las condiciones y características de ubicación en zonas de difícil acceso, dispersión o dificultades del traslado, se desarrollarán incentivos para la atracción, captación y permanencia del talento humano en salud en estos contextos, los cuales pueden incluir reconocimientos económicos diferenciales, estabilidad contractual, facilidades de formación continua y condiciones de bienestar mejoradas, en articulación con lo dispuesto en la Resolución 1444 de 2025.
- Se promoverán, en el marco del fortalecimiento normativo del Servicio Social Obligatorio (SSO) establecido en la Resolución 1444 de 2025, la vinculación de profesionales de la salud al sistema penitenciario, garantizando condiciones de remuneración acordes con su nivel académico, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de riesgos laborales, y acompañamiento del talento humano en salud de cada ERON.
- La USPEC e INPEC establecerán los mecanismos para el seguimiento periódico de la disponibilidad y distribución del talento humano en salud por ERON, utilizando los sistemas de información disponibles para la toma de decisiones y el ajuste permanente de la dotación de personal.

7.4. Formación y competencias del talento humano en salud para la PPL

La formación del talento humano en salud que opera en contextos de privación de la libertad requiere un desarrollo de competencias específicas que van más allá de las habilidades clínicas generales, por lo que se plantea para la operación del modelo las siguientes áreas de formación:

- El talento humano en salud que trabaja en los ERON debe contar con conocimientos actualizados y habilidades para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las condiciones de salud más frecuentes en la PPL, entre las que se encuentran la tuberculosis y TB/VIH, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, las hepatitis B y C, las enfermedades crónicas no

transmisibles, los trastornos mentales y el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

- El talento humano en salud en los ERON deberá recibir formación en enfoque de género, perspectiva interseccional y atención diferencial, con el fin de garantizar que la atención a mujeres privadas de la libertad, personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, personas con discapacidad y comunidades étnicas se realice ajustada a sus necesidades específicas.
- El talento humano en salud de los ERON deberá capacitarse en la detección temprana de trastornos mentales, la intervención en crisis, los primeros auxilios psicológicos, el manejo del riesgo suicida y las estrategias de apoyo psicosocial en contextos de alta tensión y confinamiento.
- Dado el alto consumo problemático de sustancias psicoactivas en la PPL, todo el talento humano en salud deberá contar con conocimientos y herramientas para la identificación del consumo, la orientación hacia tratamiento, el manejo de situaciones de urgencia toxicológica y el trabajo articulado con los programas de tratamiento penitenciario del INPEC.
- El talento humano en salud deberá recibir inducción y formación específica sobre la estructura, el funcionamiento y las normas del sistema penitenciario y carcelario colombiano, las disposiciones de seguridad aplicables, los procedimientos para la autorización de traslados y las dinámicas propias de la convivencia en los ERON, con el fin de ejercer su labor de manera segura y eficiente dentro de ese entorno.
- El talento humano en salud que presta servicios a mujeres gestantes, madres lactantes y menores de tres años en los ERON deberá recibir formación específica en atención prenatal, parto, posparto, lactancia materna, alimentación complementaria, desarrollo infantil temprano y prevención de violencias en el entorno familiar.
- El talento humano en salud deberá recibir capacitación en el uso de la plataforma Salud 360 como herramienta oficial y obligatoria de gestión de la atención en salud de la PPL, así como en el reporte al SIVIGILA, el registro de RIPS y el cumplimiento de los estándares de manejo de historias clínicas de conformidad con la normatividad vigente.

7.5. Formación continua del talento humano en salud para la PPL

En articulación con la línea estratégica de formación continua de la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035, la USPEC, en coordinación con el INPEC y los prestadores de servicios de salud, deberán implementar un plan institucional de formación continua para todo el talento humano en salud que opera en los ERON, que contenga:

- Procesos de actualización en función de los hallazgos epidemiológicos, los resultados de las auditorías clínicas, las alertas de vigilancia en salud pública y los cambios normativos y técnicos relevantes para la atención de la PPL, donde se incluyan la formación en los módulos obligatorios sobre el modelo de atención en salud para la PPL con la participación de todo el personal vinculado a las UAP, independientemente de su modalidad de contratación.
- Estos procesos de formación deben estar articulados con el Sistema Nacional de Formación Continua del Talento Humano en Salud, en los términos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Resolución 1444 de 2025.
- Los prestadores de servicios de salud que operen las UAP deberán reportar a la USPEC e INPEC la ejecución de sus planes de formación continua como parte del seguimiento al modelo, y los resultados de esta formación deberán ser incorporados en los indicadores de seguimiento y evaluación del modelo.

7.6. Condiciones de empleo y trabajo del talento humano en salud en el contexto penitenciario

La garantía de condiciones laborales dignas para el personal de salud que opera en los ERON es una condición indispensable para la sostenibilidad del modelo y para la calidad de la atención. En concordancia con la línea estratégica de condiciones de empleo y trabajo de la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035, la operación del modelo de salud para la PPL en los ERON deberán garantizar:

Todo el talento humano en salud que opera en las UAP deberá vincularse mediante modalidades de contratación que respeten los derechos constitucionales, legales y prestacionales del personal. En ningún caso se admitirá la intermediación laboral a través de cooperativas de trabajo asociado u otras modalidades que afecten los derechos del personal de salud.

Los empleadores del talento humano en salud para la PPL deberán implementar programas específicos de seguridad y salud en el trabajo adaptados al entorno penitenciario, con especial atención al riesgo de exposición a enfermedades transmisibles, la gestión del estrés laboral crónico, la prevención del Síndrome de Burnout y el cuidado de la salud mental del personal sanitario. La USPEC, en coordinación con las Aseguradoras de Riesgos Laborales correspondientes, desarrollarán las estrategias de atención psicosocial al personal de salud.

El talento humano en salud que opera en los ERON tiene derecho a ejercer su labor en entornos seguros, libres de toda forma de violencia, discriminación y coerción por lo cual, el INPEC deberá garantizar las condiciones de seguridad necesarias para el ejercicio de las funciones del talento humano en salud dentro de los establecimientos de reclusión, y deberán establecerse protocolos claros de actuación ante situaciones de riesgo para el personal sanitario.

Se deberá dimensionar adecuadamente la carga de trabajo del personal de salud en función de la magnitud y el perfil de la PPL, con el fin de evitar la sobrecarga laboral y sus efectos negativos sobre la calidad de la atención y el bienestar del personal de conformidad con los manuales y procedimientos determinados por INPEC en coordinación con USPEC.

Se garantizará que el talento humano en salud pueda emitir sus conceptos clínicos, generar remisiones y tomar decisiones de atención de manera autónoma, sin interferencias de las autoridades penitenciarias o carcelarias, dentro del marco de sus competencias profesionales y de la normatividad vigente.

8. Manual operativo para la implementación del modelo de atención en salud

Para la implementación del modelo de atención en salud para la PPL, se requiere documentar por parte de la entidad recomendada para la operación de éste, un manual operativo que permite identificar la articulación de sus acciones frente a las necesidades propias del entorno penitenciario y carcelario. En este sentido a continuación se establecen los elementos mínimos que se requieren planificar para el logro de las acciones y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en cada uno de los componentes del modelo:

- 8.1. Caracterización de la población e identificación de las necesidades en salud:** Se refiere al desarrollo de la caracterización de la población como el punto de partida fundamental para la implementación del Modelo de Atención en Salud. Este proceso debe iniciarse con la recolección de información demográfica básica que incluye: edad, género, estado civil, nivel educativo, ocupación previa, procedencia geográfica, y tiempo de permanencia en el ERON, la cual debe ser actualizada al menos cada año por establecimiento.

La caracterización epidemiológica debe incluir información sobre la prevalencia de enfermedades transmisibles e infecciosas, salud mental, enfermedades de interés en salud pública y las condiciones de morbilidad más recurrentes, información sobre violencia y trauma y demás patologías que afecten a la PPL. Esta información debe ser actualizada periódicamente para identificar cambios en el perfil de salud de la población dado que es requerida para ajustar la asignación de recursos según cambios en la prevalencia de enfermedades, diseñar programas específicos de promoción y prevención dirigidos a los problemas de salud más prevalentes, capacitar al personal de salud sobre las condiciones de salud más comunes, y evaluar el impacto de las intervenciones de salud implementadas.

La identificación de necesidades en salud es un proceso sistemático que permite determinar cuáles son los problemas de salud más relevantes en la PPL, la magnitud de estos problemas, los factores que los causan, y las intervenciones más efectivas para resolverlos. Esta identificación de necesidades debe basarse en evidencia epidemiológica, en experiencias previas de implementación de intervenciones, y en la opinión de expertos; este análisis debe identificar los principales problemas de salud, su magnitud, su tendencia, y su impacto en la calidad de vida de la PPL. El análisis de causas debe incluir factores biológicos, factores sociales y factores ambientales.

Posteriormente, la priorización de intervenciones debe basarse en criterios explícitos que incluyen: magnitud del problema, severidad del problema, viabilidad de la intervención, y costo – beneficio de la intervención con una clasificación en tres categorías: problemas prioritarios (alta magnitud, alta

severidad, intervención viable y costo - eficientes), problemas importantes (magnitud o severidad moderada, intervención viable), y problemas secundarios (magnitud o severidad baja, o intervención no viable en el corto plazo). Lo anterior debe realizarse con el fin de diseñar las estrategias de intervención que incluyan: objetivos específicos, actividades, responsables, recursos requeridos, indicadores de seguimiento, y cronograma, además deben plantearse con adaptación al contexto específico de cada ERON, considerando sus características particulares, sus recursos disponibles, y sus capacidades.

- 8.2. Conformación y organización de la Red Integral e Integrada de Prestadores (RIIPPL):** La Red Integral e Integrada de Prestadores para la Población Privada de la Libertad, en adelante RIIPPL, constituye un sistema articulado de instituciones (UAP y prestadores de servicios de salud), servicios, y recursos que se organizan en múltiples niveles de atención para garantizar que la Población Privada de la Libertad acceda a servicios de salud de calidad, oportunos, y continuos. La RIIPPL no es una institución única, sino un sistema complejo que integra prestadores de diferentes niveles de complejidad, ubicados tanto intramuralmente dentro de los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional como extramuralmente en la red Integral e Integrada de Salud. La conformación y organización de la RIIPPL es fundamental para garantizar que la PPL tenga acceso a servicios de salud sin fragmentación, que exista coordinación efectiva entre niveles de atención, y que se garantice continuidad asistencial desde el ingreso del paciente hasta su seguimiento a largo plazo.

En este sentido, la conformación de la RIIPPL requiere identificación clara de los prestadores disponibles en cada nivel de atención y en cada región administrativa del INPEC. En el nivel primario intramural, cada ERON debe contar con al menos una Unidad de Atención Primaria de conformidad con las categorías de cada uno de estos. En el nivel primario extramural, cada región administrativa del INPEC debe contar con prestadores de servicios que permitan disponer de los servicios que no se prestan intramuralmente.

En el nivel complementario extramural, cada región administrativa del INPEC debe contar con una red de prestadores de servicios de salud del nivel complementario que proporcione servicios especializados a la PPL. La identificación de prestadores debe incluir también acuerdos de voluntades por cada ERON y en la correspondiente región. La coordinación efectiva entre niveles de atención es fundamental para garantizar continuidad asistencial y para evitar fragmentación de la atención. Los mecanismos de coordinación incluyen múltiples estrategias que permiten que la información clínica fluya sin interrupciones, que los pacientes sean referidos apropiadamente entre niveles, y que se resuelvan problemas de acceso a servicios de manera oportuna.

Por último, la garantía de suficiencia de oferta de servicios de salud frente a la demanda de la PPL es un desafío permanente que requiere de estrategias proactivas de planificación, asignación de recursos, y monitoreo. La suficiencia de oferta significa que la PPL tiene acceso a los servicios de salud que necesita, sin demoras injustificadas, sin fragmentación, y sin necesidad de trasladarse a establecimientos lejanos.

Se deben plantear estrategias para garantizar suficiencia de oferta es la planificación basada en las necesidades por lo tanto en cada ERON se debe realizar anualmente un análisis del perfil epidemiológico de su población, identificando los principales problemas de salud, su magnitud, y su tendencia. Con lo anterior se debe planificar la oferta de servicios de salud, asignando recursos de manera proporcional a la magnitud de los problemas de salud.

Además se requiere una asignación diferenciada de recursos según magnitud del ERON y el establecimiento de diferentes modalidades de prestación de los servicios como la telemedicina para ampliar el acceso a servicios especializados sin necesidad de aumentar significativamente la dotación de especialistas presenciales.

8.3. Prestación de servicios de salud en la modalidad intramural: La Unidad de Atención Primaria es la estructura de salud fundamental ubicada dentro

de cada Establecimiento de Reclusión del Orden Nacional, responsable de garantizar que la Población Privada de la Libertad acceda a servicios de salud de calidad en el nivel primario de atención. La UAP es el punto de entrada de la PPL a la atención en salud, es responsable de la atención de primer contacto, de la promoción de la salud, de la prevención de enfermedades, del diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud comunes, del seguimiento de pacientes crónicos, y de la coordinación de la atención con otros niveles de la red. El funcionamiento efectivo de la UAP es determinante para la calidad global del sistema de salud en ERON, por lo que el presente capítulo establece lineamientos operativos detallados para su organización y funcionamiento.

Para su funcionamiento se requiere disponibilidad de talento humano en salud en concordancia con la categoría del ERON, los cuales deben contar con contrato laboral claro, recibir capacitación inicial sobre políticas y procedimientos del ERON, recibir capacitación continua sobre temas clínicos y administrativos. El personal debe tener acceso a equipamiento de protección personal, debe tener acceso a programas de salud ocupacional, y debe tener acceso a programas de apoyo psicológico para manejar el estrés ocupacional inherente al trabajo en contexto penitenciario.

El portafolio de servicios de cada UAP debe estar definido claramente y ser comunicado a la PPL con los servicios que pueden ser prestados intramuralmente y la información sobre cómo acceder a servicios que no están disponibles intramuralmente. La UAP debe funcionar con jornadas de atención claramente definidas que garanticen que la PPL pueda acceder a servicios bajo la modalidad de atención ambulatoria, sin embargo, se debe planificar urgencias para emergencias médicas que ocurren dentro del ERON y contar con un sistema de citas que permita que la PPL acceda a servicios de manera ordenada y sin demoras injustificadas.

La UAP debe contar con planes de contingencia que permitan garantizar continuidad de la atención en caso de situaciones imprevistas que debe incluir: procedimientos para atención en caso de ausencia de personal, procedimientos para atención en caso de falta de medicamentos o insumos,

procedimientos para atención en caso de falla de equipamiento, procedimientos para atención en caso de brotes de enfermedades transmisibles, y procedimientos para atención en caso de emergencias sanitarias.

Para garantizar continuidad en caso de ausencia de personal, la UAP debe contar con personal de respaldo capacitado en funciones críticas, debe tener procedimientos de cobertura definidos, y debe tener protocolos de comunicación para notificar a especialistas externos en caso de necesidad. Para garantizar disponibilidad de medicamentos e insumos, la UAP debe mantener inventarios de seguridad de medicamentos críticos, debe tener proveedores alternativos identificados, y debe tener procedimientos para adquisición de emergencia de medicamentos.

Para garantizar funcionamiento de equipamiento, la UAP debe contar con mantenimiento preventivo regular de equipos, debe tener equipamiento de respaldo para equipos críticos, y debe tener procedimientos para reparación de emergencia. Para garantizar respuesta a brotes de enfermedades transmisibles, la UAP debe tener protocolos de aislamiento, debe tener equipamiento de protección personal en cantidad suficiente, debe tener procedimientos de comunicación con autoridades de salud pública, y debe tener procedimientos de tamizaje masivo.

La UAP debe estar articulada de manera clara con la red extramural de servicios de salud, garantizando que la PPL pueda acceder a servicios de mayor complejidad cuando sea necesario. La articulación debe incluir: Acuerdos de Voluntades Institucionales formales entre la UAP y prestadores extramurales, procedimientos de referencia y contrarreferencia, sistemas de comunicación efectivos, y mecanismos de seguimiento de referencias.

- 8.4. Sistema de referencia y contrarreferencia:** Se deben establecer los protocolos y procedimientos para la remisión de pacientes desde los establecimientos de reclusión hacia la red extramural y su correspondiente contrarreferencia, con la definición de los criterios para activación de niveles;

los tiempos de respuesta según la urgencia o la prioridad de la atención y los mecanismos de coordinación con el INPEC para garantizar la seguridad durante los traslados y los demás aspectos operativos requeridos.

El sistema de referencia y contrarreferencia es el mecanismo mediante el cual la PPL accede a servicios de mayor complejidad cuando estos no pueden ser resueltos en el nivel de atención actual. Un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo es fundamental para garantizar continuidad asistencial, para evitar fragmentación de la información clínica, y para asegurar que la PPL reciba atención coordinada en múltiples niveles. El presente capítulo establece los procedimientos, criterios, y estándares para referencia y contrarreferencia.

La referencia puede ser: intramural (de la UAP a un especialista dentro del mismo ERON), extramural (de la UAP a una IPS del nivel complementario), o remota (de la UAP a un especialista mediante telemedicina). Independientemente del tipo de referencia, el procedimiento debe incluir: identificación clara del motivo de la referencia, descripción de los hallazgos clínicos relevantes, información sobre tratamientos previos realizados, información sobre medicamentos actuales, y cualquier información adicional que sea relevante para que el especialista pueda tomar decisiones informadas.

La contrarreferencia es el proceso mediante el cual el especialista o la institución que atiende la referencia comunica los resultados de la evaluación, el diagnóstico emitido, el tratamiento realizado, y las recomendaciones de seguimiento al profesional de salud que realizó la referencia. La contrarreferencia es fundamental para garantizar continuidad asistencial y para permitir que el médico general continúe con el manejo del paciente de manera informada. La contrarreferencia debe incluir: resumen de los hallazgos clínicos, diagnóstico confirmado o descartado, tratamientos realizados, medicamentos prescritos, restricciones de actividad, recomendaciones de seguimiento, y fecha de próxima cita si es necesario.

El sistema de referencia y contrarreferencia debe ser monitoreado mediante indicadores que incluyen: número de referencias realizadas por mes, tiempo promedio de espera para atención de referencias, porcentaje de referencias atendidas en tiempo, porcentaje de referencias con contrarreferencia recibida, y satisfacción de usuarios con el sistema de referencia y contrarreferencia.

- 8.5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:** La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen pilares fundamentales del Modelo de Atención en Salud de la PPL, la promoción y prevención son especialmente importantes para reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida de la PPL.

La prevención primaria es el conjunto de actividades dirigidas a evitar que ocurra una enfermedad en personas que aún no la tienen. Las actividades de prevención primaria incluyen: educación en salud, promoción de estilos de vida saludables, inmunizaciones, control de factores de riesgo, y mejora de condiciones ambientales. Las actividades de prevención primaria deben ser realizadas de manera continua, mediante múltiples canales incluyendo: sesiones educativas grupales, materiales educativos, consejería individual, y participación de la PPL en actividades de promoción de salud. Las sesiones educativas deben ser realizadas regularmente y deben abordar temas relevantes para la población.

La prevención secundaria es el conjunto de actividades dirigidas a detectar enfermedades en estadios tempranos, antes de que causen síntomas o complicaciones. Las actividades de prevención secundaria incluyen: tamizaje de enfermedades, diagnóstico temprano, y tratamiento oportuno. En el contexto penitenciario, las actividades de prevención secundaria incluyen: tamizaje de tuberculosis mediante prueba de tuberculina o radiografía de tórax en ingreso y periódicamente, tamizaje de VIH mediante prueba de anticuerpos en ingreso y periódicamente, tamizaje de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes) mediante medición de presión arterial y

glucemia, tamizaje de cáncer (cáncer de próstata, cáncer cervical), y tamizaje de salud mental mediante cuestionarios de depresión y ansiedad.

La prevención terciaria es el conjunto de actividades dirigidas a prevenir complicaciones en pacientes que ya tienen una enfermedad diagnosticada. Las actividades de prevención terciaria incluyen: tratamiento completo de la enfermedad, seguimiento regular, adherencia al tratamiento, y control de factores de riesgo. Por ejemplo, en pacientes con tuberculosis, la prevención terciaria incluye: administración completa del tratamiento antituberculoso, seguimiento regular para monitorear respuesta al tratamiento, y apoyo para mejorar adherencia. En pacientes con diabetes, la prevención terciaria incluye: control de glucemia, control de presión arterial, monitoreo de complicaciones (retinopatía, nefropatía, neuropatía), y educación sobre autocuidado.

Las estrategias de promoción y prevención deben ser adaptadas al contexto específico de cada ERON, considerando el perfil epidemiológico de la población, los recursos disponibles, y las características culturales de la PPL. Las estrategias deben incluir participación activa de la PPL, reconociendo que la PPL tiene conocimiento sobre sus propias necesidades y puede contribuir significativamente a la identificación de problemas y al diseño de soluciones. Las estrategias deben incluir también participación de otros actores como el INPEC, las autoridades locales, y las organizaciones comunitarias.

- 8.6. Gestión del riesgo en salud:** La gestión del riesgo en salud es el proceso sistemático de identificar, clasificar, estratificar, y controlar riesgos que pueden afectar la salud de la Población Privada de la Libertad. En el contexto penitenciario, existen múltiples riesgos que pueden afectar la salud, incluyendo riesgos biológicos (tuberculosis, VIH, hepatitis, enfermedades transmisibles), riesgos químicos (exposición a sustancias tóxicas), riesgos físicos (trauma, accidentes, lesiones), riesgos psicosociales (violencia, estrés, aislamiento, depresión, suicidio), y riesgos relacionados con la infraestructura (hacinamiento, mala ventilación, saneamiento deficiente). La gestión del riesgo debe ser proactiva, es decir, debe anticipar y prevenir

riesgos antes de que causen daño, en lugar de solamente reaccionar después de que el daño ha ocurrido.

El proceso de gestión del riesgo debe iniciarse con la identificación sistemática de riesgos, que consiste en determinar cuáles son los riesgos presentes en el ERON y cuáles son los riesgos individuales de cada persona de la PPL. Una vez identificados los riesgos, debe realizarse una clasificación de riesgos que permita determinar cuál es la probabilidad de que el riesgo ocurra y cuál sería el impacto si ocurre. La clasificación de riesgos debe utilizar una matriz de riesgo.

La estratificación de riesgo es el proceso de agrupar a la PPL en categorías de riesgo según su perfil de salud, para permitir que la atención sea dirigida de manera diferenciada según el riesgo. Esta debe crear cuatro categorías de riesgo: Riesgo Muy Alto, Riesgo Alto, Riesgo Moderado y Riesgo Bajo donde cada categoría de riesgo debe recibir un plan de cuidado donde se especifique qué servicios de salud va a recibir, con qué frecuencia, y qué objetivos se pretenden lograr y se debe incluir protocolos específicos para enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en ERON.

Además, se requiere establecimiento de un plan de seguimiento claro que especifique la frecuencia de consultas, los procedimientos diagnósticos necesarios, y los objetivos de tratamiento; seguimiento cercano de adherencia al tratamiento; monitoreo de respuesta al tratamiento mediante indicadores clínicos y de laboratorio; monitoreo de efectos adversos; y evaluación periódica de continuación del tratamiento.

La gestión del riesgo debe incluir un sistema de vigilancia epidemiológica que permita monitorear la ocurrencia de enfermedades y de eventos adversos. El sistema de vigilancia debe incluir: recolección de datos sobre incidencia de enfermedades (número de casos nuevos de tuberculosis, VIH, enfermedades crónicas), prevalencia de enfermedades (porcentaje de PPL con cada enfermedad), mortalidad (número de muertes y causas), y eventos adversos (suicidios, violencia, accidentes); análisis de datos para identificar tendencias y cambios; comunicación de resultados a los actores relevantes; e implementación de acciones correctivas cuando sea necesario.

- 8.7. Gestión del talento humano en salud.** Se refiere a la planificación de la disponibilidad de talento humano y procedimientos para la inducción, capacitación continua y evaluación del personal de salud vinculado a la RIIPPL, con énfasis en las competencias requeridas para la atención en el contexto penitenciario y carcelario; y los mecanismos para garantizar la continuidad frente a la rotación o ausencia del personal. Este proceso debe estar coordinado con lo establecido en el capítulo determinado para el talento humano en salud incluido en este documento.
- 8.8. Gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.** Son los procedimientos para garantizar el suministro oportuno, almacenamiento, dispensación y control de medicamentos, biológicos, dispositivos médicos e insumos al interior de los establecimientos de reclusión, articulada con la normatividad vigente y a partir de las particularidades para la gestión en los establecimientos de reclusión del orden nacional; criterios para la formulación, dispensación y seguimiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para la población privada de la libertad; y protocolos de manejo de medicamentos de control especial en los establecimientos del reclusión del orden nacional.

De manera particular, la adquisición de medicamentos debe realizarse mediante procesos de compra transparentes y competitivos que garanticen que se obtienen medicamentos de calidad al mejor precio. La adquisición debe realizarse de acuerdo con la normativa de contratación pública, con participación de múltiples proveedores, y con verificación de que los medicamentos cumplen con estándares de calidad. Los medicamentos deben ser adquiridos en cantidades suficientes para garantizar disponibilidad continua, la cual debe estar coordinada entre la USPEC, el INPEC, y la RIIPPL.

La dispensación debe incluir: verificación de que el medicamento es el correcto, verificación de que la dosis es la correcta, verificación de que el medicamento no está vencido, y entrega del medicamento con instrucciones

claras de uso. La dispensación debe ser registrada en SALUD 360 para permitir trazabilidad completa del medicamento.

El control de medicamentos incluye: verificación periódica de existencias de medicamentos, verificación de que los medicamentos están almacenados en condiciones adecuadas (temperatura, humedad, luz), verificación de que no hay medicamentos vencidos, y auditoría periódica de dispensación de medicamentos para detectar discrepancias. El control debe incluir también procedimientos para prevención de desvío de medicamentos, incluyendo: almacenamiento seguro de medicamentos psicoactivos, registro de cada dosis dispensada, y investigación de cualquier discrepancia entre medicamentos dispensados y medicamentos consumidos.

La gestión de medicamentos debe incluir también educación sobre uso racional de medicamentos dirigida tanto a profesionales de salud como a la PPL. La educación debe incluir: indicaciones apropiadas de medicamentos, dosis correctas, duración del tratamiento, efectos adversos potenciales, y interacciones medicamentosas. La educación debe enfatizar la importancia de completar el tratamiento (especialmente para tuberculosis y VIH), de no automedicarse, y de reportar efectos adversos.

8.9. Modalidades de prestación de servicios extramural y de telemedicina:

La telemedicina y la prestación extramural son modalidades complementarias que permiten ampliar el acceso a servicios de salud especializados, reducir costos de traslado, y mejorar la oportunidad de la atención.

La telemedicina debe incluir teleconsulta sincrónica (consulta mediante videoconferencia en tiempo real), teleconsulta asincrónica (consulta mediante envío de información clínica), tediagnóstico (interpretación remota de imágenes), telemonitoreo (seguimiento remoto de pacientes), y telepsiquiatría (atención de salud mental mediante videoconferencia). La implementación de telemedicina requiere: infraestructura tecnológica (conectividad de banda ancha, equipamiento de videoconferencia),

plataforma, personal capacitado en uso de telemedicina, y especialistas remotos disponibles. El talento humano en salud debe recibir capacitación en: uso de plataforma, procedimientos de teleconsulta, seguridad de la información, y manejo de situaciones técnicas.

Por su parte, la prestación extramural incluye: consultas especializadas en IPS del nivel complementario, procedimientos diagnósticos avanzados, procedimientos quirúrgicos, hospitalización, y atención de urgencias. La prestación extramural requiere: coordinación entre la UAP intramural y la IPS extramural, procedimientos de referencia y contrarreferencia, custodia del INPEC durante traslado, y continuidad de la información clínica. La prestación extramural debe estar regulada mediante Acuerdos de Voluntades Institucionales que especifiquen: servicios disponibles, tiempos de respuesta, responsabilidades de cada actor, y indicadores de seguimiento.

- 8.10. Sistema de información, registro y reporte:** Estructura del sistema de información clínica y administrativa del operador para el seguimiento de la atención en salud de la población privada de la libertad; mecanismos de interoperabilidad con los sistemas de información del INPEC y la USPEC; indicadores de seguimiento y evaluación del modelo; gestión de la información; protocolos de custodia y protección de datos en los establecimientos de reclusión del orden nacional.

El registro de información clínica debe seguir estándares que garanticen que la información es clara, completa, y utilizable por otros profesionales. cifrado de datos en tránsito y en reposo, así mismo, se requiere contar esquemas de autenticación de usuarios mediante usuario y contraseña, autenticación de dos factores para acceso a información sensible, auditoría de accesos, y cumplimiento de la normativa de protección de datos.

El sistema de información debe permitir la recolección y análisis de indicadores de seguimiento y evaluación que permitan monitorear el funcionamiento del Modelo de Atención en Salud y que permitan identificar

áreas de mejora. Los indicadores deben ser organizados en cuatro categorías: indicadores de acceso, indicadores de oportunidad, indicadores de calidad, e indicadores de eficiencia.

Por su parte, la gestión de la información incluye procedimientos para recolección, validación, procesamiento, almacenamiento, y análisis de información. El sistema debe tener procedimientos claros para recolección de información, especificando qué información debe ser recolectada, por quién, cuándo, y cómo. El sistema debe tener procedimientos de validación que verifiquen que la información es completa, correcta, y consistente y debe cumplir con la normativa de protección de datos vigente en Colombia, debe tener políticas de privacidad que especifiquen qué información es recolectada, cómo es utilizada, quién tiene acceso, y cuáles son los derechos de los titulares de datos.

El sistema debe tener un plan de respuesta a incidentes de seguridad que especifique qué hacer en caso de pérdida de datos, acceso no autorizado, o falla del sistema. El plan debe incluir: procedimientos de notificación, procedimientos de investigación, procedimientos de restauración, y procedimientos de prevención, también la información clínica debe seguir estándares que garanticen que la información es clara, completa, y utilizable por otros profesionales.

- 8.11. Gestión de solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y mecanismos de participación en salud.** Se refiere a los mecanismos accesibles y confidenciales para la presentación de solicitudes, peticiones, quejas, reclamos y sugerencias relacionados con la prestación de los servicios de salud; procedimientos de respuesta oportuna y seguimiento a las peticiones; y estrategias para la participación sobre la satisfacción de la prestación de los servicios de salud.

El sistema de PQRS debe ser accesible a toda la PPL, debe permitir múltiples canales de presentación, y debe garantizar que la información es manejada de manera confidencial; este sistema debe permitir que la PPL presente

PQRS mediante múltiples canales que incluyen: formulario escrito en papel que puede ser completado por la PPL y entregado a personal de salud o depositado en un buzón de PQRS, formulario electrónico, llamada telefónica a una línea de PQRS donde personal capacitado recibe la solicitud y la registra, entrevista personal para expresar verbalmente su preocupación, y correo electrónico dirigido a la administración del ERON.

El formulario de PQRS debe ser simple y de fácil comprensión, debe estar disponible en español y en otros idiomas si hay PPL, debe incluir instrucciones claras sobre cómo completarlo, y debe solicitar información esencial: tipo de PQRS (solicitud, petición, queja, reclamo, sugerencia), descripción clara del asunto, fecha en que ocurrió el evento, nombre de la persona involucrada si es aplicable, y datos de contacto de la persona que presenta la PQRS.

El sistema debe garantizar confidencialidad, debe ser manejada solo por personal autorizado, debe ser almacenada de manera segura con acceso restringido, y no debe ser compartida con terceros sin consentimiento de la persona que presenta la PQRS. Se deben tener tiempos máximos de respuesta definidos para cada tipo de PQRS y la respuesta a PQRS debe ser escrita de manera clara y comprensible, debe explicar qué acción fue tomada o por qué no fue posible tomar la acción solicitada, debe incluir información sobre cómo la PPL puede presentar un recurso de apelación si no está satisfecha con la respuesta, y debe incluir datos de contacto de la persona responsable. La respuesta debe ser entregada a la PPL de manera personal si es posible, o debe ser enviada por correo si la PPL proporciona dirección, complementado con procedimientos de escalamiento para PQRS que no son resueltas satisfactoriamente en el primer nivel.

Se requiere establecer procedimientos para realizar encuestas de satisfacción que permiten que la PPL evalúe la calidad de servicios recibidos. Las encuestas deben ser realizadas periódicamente (al menos una vez por año), deben ser simples y de fácil comprensión, deben incluir preguntas sobre: trato recibido del personal de salud, tiempo de espera para consulta, disponibilidad de medicamentos, calidad de procedimientos diagnósticos,

efectividad del tratamiento, y satisfacción general con servicios. Las encuestas deben permitir respuestas anónimas para garantizar que la PPL responda de manera honesta sin temor a represalias.

Se debe garantizar contar con educación sobre derechos en salud que permite que la PPL conozca sus derechos y sus responsabilidades en materia de salud. La educación debe incluir: derecho a recibir atención de salud de calidad, derecho a información clara sobre su diagnóstico y tratamiento, derecho a confidencialidad de información clínica, derecho a participar en decisiones sobre su tratamiento, derecho a presentar PQRS, responsabilidad de cumplir con tratamientos prescritos, responsabilidad de participar en actividades de promoción de salud, y responsabilidad de respetar normas de convivencia que protegen la salud de otros.

Por último, se debe tener indicadores de gestión de PQRS que permitan monitorear el funcionamiento del sistema entre los que se pueden incluir: número de PQRS por tipo, porcentaje de PQRS respondidas en tiempo, tiempo promedio de respuesta, número de PQRS resueltas satisfactoriamente, número de recursos de apelación presentados, y tendencias de PQRS, estos indicadores deben ser utilizados para identificar problemas recurrentes y para implementar acciones correctivas.