

Informe Abril 2026

Jorge Medina Parra MD MSc

No Contrato DEF-610-2026

Contenido

**Reunión, Plan de atención en salud para población privada de la libertad en URI –
Secretaría Distrital de Salud**

Mesa Internacional Minero-Energético y de Infraestructura

**Hallazgos relevantes para el informe sobre tortura y otros tratos crueles, inhumanos o
degradantes Abril 2026"**

**Análisis y comentarios al proyecto de Resolución "Por la cual se adopta el modelo de
atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y
vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y se dictan otras
disposiciones**

Gestión indicadores PPL Salud

Informe Visita a ERON Andes Antioquia

Calificación Indicadores Artritis Reumatoide consenso Cuenta de Alto Costo

Reunión, Plan de atención en salud para población privada de la libertad en URI -
Secretaría Distrital de Salud

1. Antecedentes y contexto

En el marco de la reunión sostenida con la Secretaría Distrital de Salud, se expuso el modelo de atención en salud dirigido a la población privada de la libertad ubicada en Unidades de Reacción Inmediata (URI) y estaciones de policía en Bogotá. Este modelo se desarrolla en un contexto caracterizado por condiciones estructurales de hacinamiento y limitaciones del sistema penitenciario nacional, en el cual personas en detención preventiva permanecen en instalaciones no diseñadas para estancias prolongadas.

Se evidenció que una proporción importante de esta población se encuentra afiliada a entidades promotoras de salud (EPS) con operación fuera de la ciudad, lo que genera barreras administrativas y operativas para la garantía de la atención. Adicionalmente, se reconoció que parte de la carga operativa y financiera está siendo asumida por el Distrito, en un escenario donde confluyen responsabilidades del orden territorial y nacional.

2. Objetivo del modelo de atención

El modelo tiene como propósito garantizar la prestación de servicios de salud a la población privada de la libertad en URI y estaciones de policía, mediante la identificación de necesidades en salud, la articulación con aseguradores y prestadores, y la implementación de acciones de promoción, prevención, atención y seguimiento, incluyendo la gestión de servicios complementarios como medicamentos, laboratorios y remisiones.

3. Caracterización de la población

La población atendida presenta alta rotación, lo que dificulta la consolidación de indicadores estables de cobertura. Predomina el régimen subsidiado, con una proporción cercana al 70%, y se identifica una participación significativa de personas afiliadas a EPS

de otras regiones del país. Asimismo, se reporta la existencia de personas sin identificación válida o sin afiliación activa, cuya atención es cubierta a través del Fondo Financiero Distrital.

La dinámica de ingreso y egreso constante implica que el volumen observado en un momento determinado no refleja el total de personas atendidas en el periodo, lo cual condiciona la interpretación de los resultados operativos.

4. Componentes del modelo de atención

El modelo se estructura a partir de varios componentes interrelacionados que permiten la identificación, atención y seguimiento de la población.

En primer lugar, la gestión del aseguramiento incluye el cruce de bases de datos para determinar el estado de afiliación, la solicitud de traslados o portabilidad cuando las EPS operan fuera de Bogotá, y la afiliación en el Distrito cuando es procedente. En los casos en que no se cuenta con documentación válida, la atención es asumida mediante el Fondo Financiero Distrital, garantizando la continuidad de los servicios.

En segundo lugar, el modelo operativo en salud inicia con la identificación de necesidades a partir de la denominada “necesidad sentida”, donde se recogen los síntomas y demandas espontáneas de la población. Posteriormente, se realiza una caracterización más estructurada que permite identificar riesgos en salud, eventos de interés en salud pública y condiciones prioritarias. A partir de esta información, se desarrollan intervenciones de atención primaria que incluyen consulta médica y de enfermería, así como actividades de promoción de la salud y mantenimiento.

De manera complementaria, se implementan acciones de gestión del riesgo orientadas al seguimiento de pacientes, la educación en salud y la detección de patologías prioritarias. Este proceso ha permitido pasar de un enfoque centrado exclusivamente en la demanda espontánea a uno progresivamente más estructurado.

El modelo cuenta con equipos operativos conformados por gestores de salud, quienes cubren en promedio aproximadamente 150 personas cada uno y realizan visitas periódicas a las diferentes unidades. Estos equipos son responsables de la caracterización, la identificación de necesidades y la activación de rutas de atención, en articulación con las redes de servicios.

En cuanto a los servicios complementarios, se han logrado avances significativos en la entrega de medicamentos y la toma de laboratorios, mediante acuerdos con EPS y la definición de puntos específicos de dispensación. Esto ha permitido reducir los tiempos de respuesta, que actualmente se sitúan en un rango aproximado de cinco a siete días para la entrega de medicamentos, dependiendo del asegurador.

El componente de atención especializada contempla la remisión a servicios resolutivos, incluyendo especialidades como psiquiatría, odontología y otras áreas clínicas. Estas atenciones requieren una coordinación logística con la Policía Nacional para el traslado de los pacientes, lo cual implica procesos adicionales de autorización y gestión.

En relación con la atención de urgencias, se dispone de un mecanismo de activación a través del sistema de emergencias, que incluye la valoración por personal médico, la toma de decisiones clínicas y, de ser necesario, el traslado a instituciones hospitalarias. La proporción de eventos que requieren este tipo de atención es baja en relación con el total de la población atendida.

Finalmente, el modelo incorpora acciones de vigilancia en salud pública, orientadas a la identificación de eventos como sintomáticos respiratorios, el control de brotes y la implementación de estrategias de vacunación, estas últimas en concordancia con los lineamientos nacionales.

5. Resultados operativos reportados

Durante el periodo analizado se reporta la realización de múltiples abordajes en la población privada de la libertad, con un incremento progresivo en la cobertura y una mayor estructuración de las intervenciones. Se evidencia una transición desde un modelo

basado en la demanda espontánea hacia uno con mayor capacidad de caracterización y seguimiento.

Asimismo, se reporta un número significativo de órdenes de laboratorio y medicamentos gestionadas, así como la realización de consultas en servicios especializados y la activación de rutas de urgencias cuando ha sido necesario. Estos resultados reflejan un fortalecimiento de la capacidad operativa del modelo en el tiempo.

6. Articulación interinstitucional

El desarrollo del modelo ha requerido una articulación constante entre diferentes actores institucionales, incluyendo la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Seguridad, la Policía Nacional, las EPS y las subredes de prestación de servicios de salud.

Se han establecido mesas de trabajo periódicas, inicialmente con una frecuencia semanal y posteriormente mensual, en las cuales se abordan barreras operativas, se gestionan autorizaciones y se ajustan los procesos de atención. Esta articulación ha sido un elemento central para la implementación del modelo y la resolución de dificultades.

7. Limitaciones identificadas en la reunión

Durante la discusión se identificaron diversas limitaciones operativas que afectan la implementación del modelo. En primer lugar, se señaló la ausencia de un examen de ingreso sistemático, lo que limita la identificación temprana de condiciones de salud y la activación oportuna de rutas de atención.

En segundo lugar, se evidencian restricciones en la cobertura de atención, derivadas de la capacidad operativa disponible frente al volumen de población, lo que se traduce en frecuencias limitadas de atención médica en algunas unidades.

Adicionalmente, se identificaron dificultades en la atención durante horarios no hábiles, donde la respuesta depende en gran medida de personal no sanitario, con la consecuente necesidad de activar el sistema de urgencias de manera indirecta.

La salud mental emerge como un componente crítico, dada la alta carga de enfermedad en esta población y la limitada disponibilidad de servicios de psicología. Finalmente, persisten barreras administrativas relacionadas con autorizaciones, traslados de afiliación y acceso a medicamentos, especialmente en el caso de EPS con operación fuera del Distrito.

8. Consideraciones sobre competencias institucionales

Se reiteró que las URI y estaciones de policía no son establecimientos diseñados para la prestación de servicios de salud, y que la responsabilidad de la atención recae en el sistema general de seguridad social en salud. Asimismo, se indicó que la obligación plena de atención se activa una vez se define la situación jurídica de la persona mediante medida de aseguramiento, lo que introduce complejidades en la fase inicial de la detención.

9. Líneas de mejora discutidas

En la reunión se plantearon posibles líneas de mejora orientadas al fortalecimiento del modelo. Entre estas se incluye la implementación progresiva de un examen de ingreso, el fortalecimiento del componente de salud mental, la optimización del talento humano disponible y el desarrollo de pilotos en unidades específicas que permitan evaluar ajustes operativos.

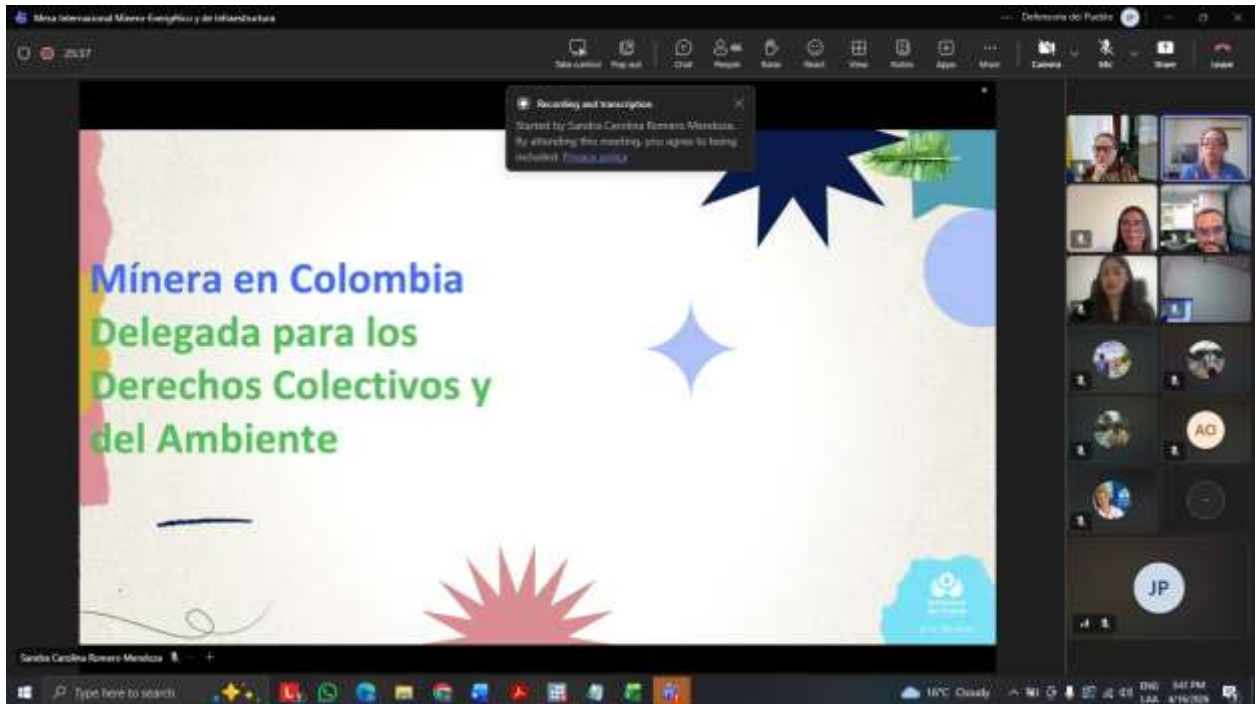
Igualmente, se destacó la necesidad de fortalecer los sistemas de información y los indicadores de calidad y oportunidad, con el fin de mejorar el monitoreo del modelo y facilitar la toma de decisiones.

10. Conclusión

El modelo presentado constituye una respuesta territorial para la garantía del derecho a la salud de la población privada de la libertad en URI y estaciones de policía, mediante la articulación interinstitucional y la adaptación operativa del sistema de salud.

Se evidencian avances en la cobertura, la coordinación con EPS y la provisión de servicios, así como en la estructuración progresiva de las intervenciones. No obstante, persisten retos asociados a la capacidad operativa, la oportunidad en la atención y la definición de responsabilidades entre los diferentes actores del sistema, los cuales deberán ser abordados para consolidar el modelo.

Mesa Internacional Minero-Energético y de Infraestructura



Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

27:32

Recording and transcription
Started by Sandra Carolina Romero Mendez. By attending this meeting, you agree to being recorded. [Privacy policy](#)

Clasificación de los minerales:

Minerales metálicos:	Minerales no metálicos	Minerales Energéticos
Son aquellos que contienen metales y de los cuales se pueden extraer elementos metálicos.	Son aquellos que no contienen metales en su composición química.	Son aquellos que se utilizan para producir energía.
Ejemplos: hierro, cobre, oro. Uso: Industria, construcción, tecnología.	Ejemplo: Cuarzo, yeso, calcita, esmeralda. Uso: Construcción, agricultura, industria química, joyería.	Ejemplo: Carbón, Uranio, Petróleo y gas natural Uso: Generación de energía y combustibles.

Sandra Carolina Romero Mendez

Type here to search

10°C Cloudy

END 8:22 PM LAA 8/19/2024

Contratos mineros en Colombia

- En la actualidad, podemos encontrar títulos mineros otorgados durante la vigencia del Decreto 2655 de 1988, en virtud del artículo 350 de la Ley 685 de 2001.
- Ley 685 de 2001 código minero actual

Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

32:25

Defensoría del Pueblo

Take Control Play All Chat People Tools View Status Apps More Camera Mic Share Mute

Características del contrato de concesión

- Otorgado por la Agencia Nacional de Minería
- No transfiere propiedad del subsuelo
- Tiene plazo de 30 años, prorrogables por otros 30 años
- Genera obligaciones técnicas, ambientales y económicas.



Carolina Carolina Romero Mendez

Type here to search

11°C Cloudy

8:45 PM LAM 4/16/2024

JP

MC MC

AO

Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

34:25

Defensoría del Pueblo

Take Control Play All Chat People Tools View Status Apps More Camera Mic Share Mute

Tipologías de Minería a Pequeña Escala

Mineros Artesanales

- ❑ Actividad manual o de baja mecanización
- ❑ Uso de herramientas básicas (batea, pala, pico)
- ❑ Escala de subsistencia o baja producción
- ❑ Generalmente sin título minero ni licencia ambiental
- ❑ Puede ser susceptible de formalización



Carolina Carolina Romero Mendez

Type here to search

11°C Cloudy

8:45 PM LAM 4/16/2024

JP

MC MC

AO

Mina Internacional Mesoamérica y del Istmo de Tehuantepec

02:57

Tipologías de Minería a Pequeña Escala

Mineros ancestrales [o tradicionales]

- ❑ Práctica con arraigo histórico y cultural
- ❑ Ejercida por comunidades indígenas, afrodescendientes o campesinas
- ❑ Reconocida en algunos casos por la normativa colombiana,
- ❑ Relación estrecha con el territorio y la identidad cultural
- ❑ Puede tener protección especial [enfoque diferencial]



Sandra Carolina Romero-Moncalvo

Defensora del Pueblo

Take control Post-call Chat People Notes Meet Video Notes Apps More Camera Mic Screen Share

JP AO MC MC JP

Type here to search 10°C Cloudy 5:10 PM LAA 4/19/2024

The screenshot displays a Zoom meeting in progress. The main window shows a presentation slide with the title "Problemáticas principales" (Main Issues). The slide content includes a list of five bullet points: "Criminalización de mineros", "Desplazamiento económico", "Conflictos con fuerza pública", "Protestas sociales", and "Formalización Minera". The slide has a light blue background with a green pine branch graphic in the top right corner and a small blue logo in the bottom right corner. The Zoom interface shows a grid of participants on the right side, with several participants visible. The Windows taskbar is visible at the bottom, showing the time as 9:12 PM and the date as 4/19/2020.

Problemáticas principales

- ❑ Criminalización de mineros
- ❑ Desplazamiento económico
- ❑ Conflictos con fuerza pública
- ❑ Protestas sociales
- ❑ Formalización Minera

Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

Defensoría del Pueblo

39:25

-01:22

Formalización minera (visión Defensorial Delegada de derechos Colectivos y Ambiental)

- Instrumento necesario pero insuficiente

Debe incorporar:

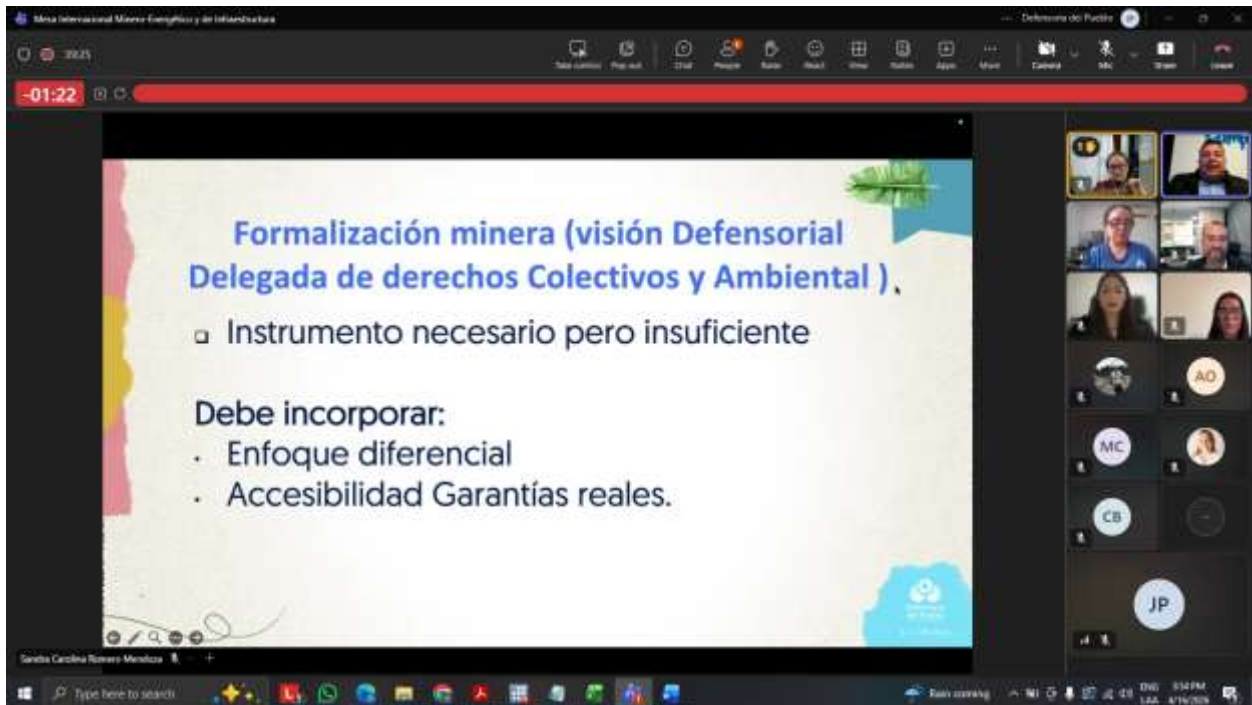
- Enfoque diferencial
- Accesibilidad Garantías reales.

Carolina Carolina Romero-Mendoza

Type here to search

10°C Light rain

4:54 PM LAA 4/16/2024



Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

Defensoría del Pueblo

40:47

-09:44

¿Que es la Formalización minera? Ley 2250 de 2022

Es el proceso mediante el cual las actividades mineras que se realizan de manera ilegal o informal se regulan y se ajustan a la normativa establecida por el gobierno.

Stock

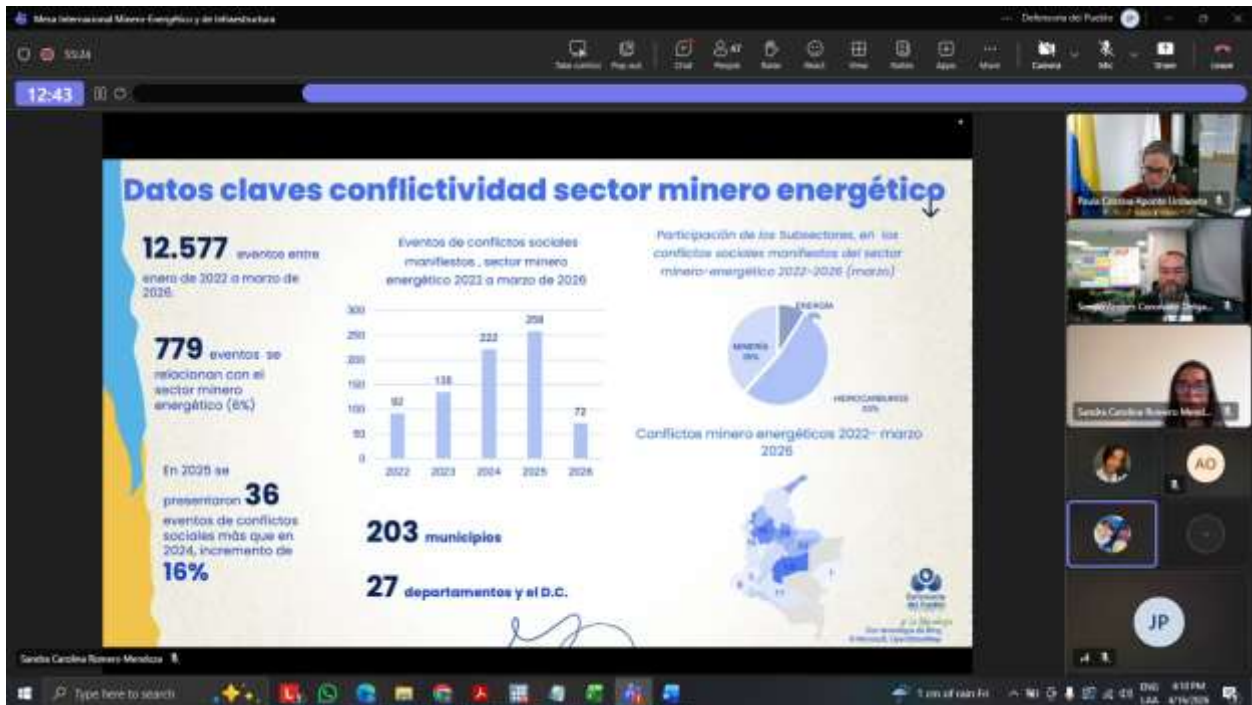
Carolina Carolina Romero-Mendoza

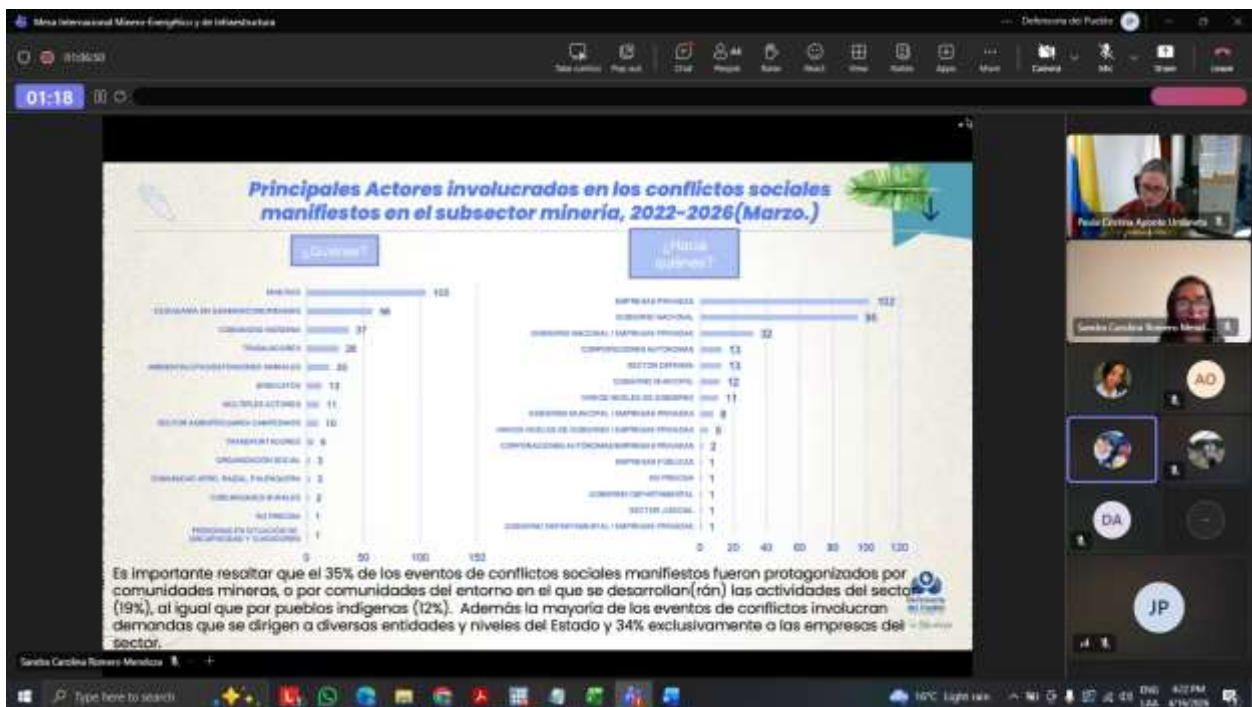
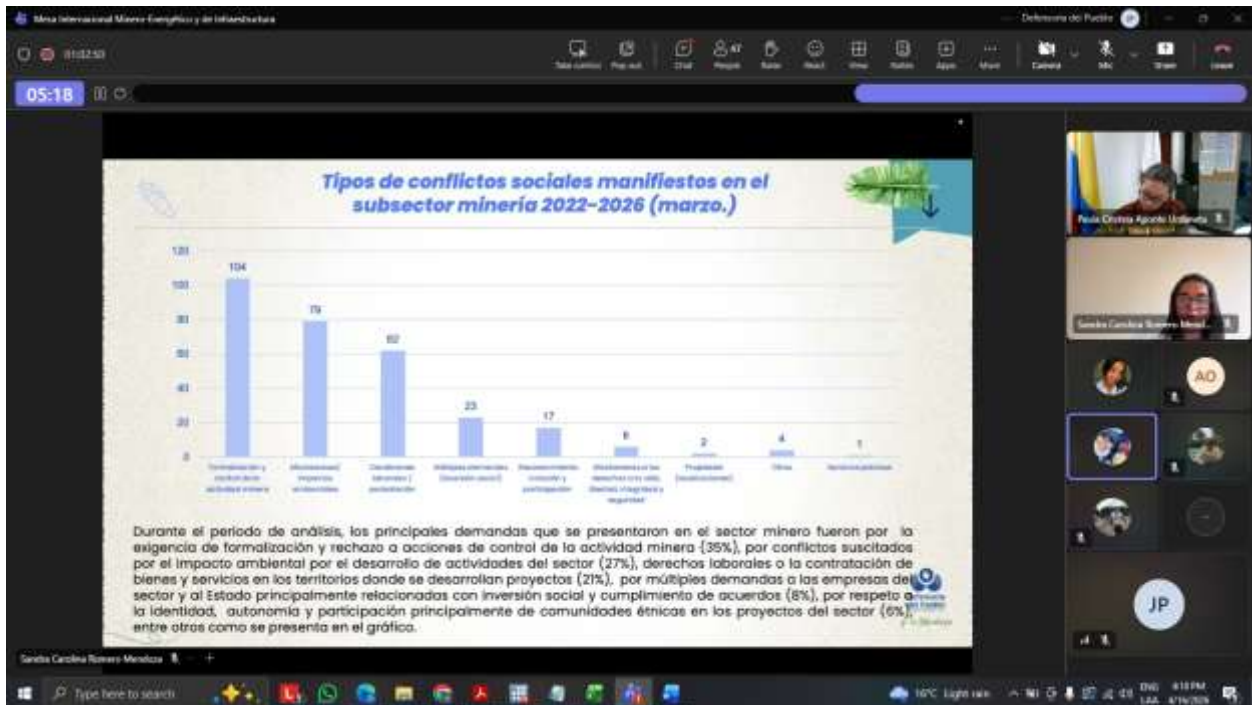
Type here to search

10°C Light rain

4:55 PM LAA 4/16/2024







Mesa Interinstitucional Minero Energético y de Infraestructura

01:13

Seguimiento de acuerdos realizado por la Defensoría del Pueblo relacionados con conflictos sociales en el sector minero energético 2022-2026

La Defensoría del Pueblo realiza seguimiento a 12 acuerdos, alcanzados en espacios de diálogo relacionados con conflictos del sector Minero Energético.

1. Los Pozos Caquetá
2. Canacol Energy
3. Para Andino Amazónico
4. Asodecas- Embers
5. Minería Cáceres
6. San Pablo Coscuez- Esmeraldenses
7. Movimiento Político de masas
8. Formalización Minera Bajo Cauca, Nordeste Antioqueño
9. Arauca Mucipar
10. Nación U'wa
11. Puerto Vega- Teleye
12. Acuerdos Biocombustibles



Defensoría del Pueblo
y la Naturaleza

Carolina Romero Mendez

Peña Cristina Aponte Utrilla

Carolina Romero Mendez

AD

DA

JP

4/16/2024 4:24 PM

Mesa Interinstitucional Minero Energético y de Infraestructura

15:45

Propuesta Instancia Interinstitucional para asuntos minero-energéticos y de infraestructura

Mesa Interinstitucional Vicedefensoría

#BuenFuturoHoy



Defensoría del Pueblo
y la Naturaleza

Carolina Romero Mendez

Peña Cristina Aponte Utrilla

Carolina Romero Mendez

AD

DA

JP

4/16/2024 4:26 PM

Situación problemática: Fragmentación

NATURALEZA COMPLEJA Y MULTIDIMENSIONAL DE CASOS

Problemática:	Riesgos:
- Alta complejidad social, ambiental y territorial - Intervenciones dispersas entre dependencias - Limitado análisis estratégico y seguimiento efectivo	- Mayor exposición a posibles vulneraciones de derechos - Respuestas institucionales parciales o no oportunas - Menor impacto de la intervención institucional

Logo: Observatorio del Estado y la Gestión

Participants: Sandra Carolina Romero Mancera, AD, DA, JP

Taskbar: Type here to search, Rainy days ahead, 4:27 PM, 4/19/2019

The screenshot shows a Zoom meeting interface. The main window displays a presentation slide with the title "Situación problemática: Fragmentación" in blue. Below the title, it says "NATURALEZA COMPLEJA Y MULTIDIMENSIONAL DE CASOS". The slide is divided into two columns by a vertical dashed line. The left column is titled "Problemática:" and lists three bullet points: "Alta complejidad social, ambiental y territorial", "Intervenciones dispersas entre dependencias", and "Limitado análisis estratégico y seguimiento efectivo". The right column is titled "Riesgos:" and lists three bullet points: "Mayor exposición a posibles vulneraciones de derechos", "Respuestas institucionales parciales o no oportunas", and "Menor impacto de la intervención institucional". In the bottom right corner of the slide is the logo of the "Gobierno del Ecuador". To the right of the main window, there is a vertical strip showing video thumbnails of participants. The top thumbnail shows a man, and the one below it shows a woman, both with their names and titles visible. Below these are several circular icons representing other participants, some with initials like "AO", "DA", and "JP". At the very bottom of the screen, there is a Windows taskbar with various application icons and a search bar.

Situación problemática: Fragmentación

NATURALEZA COMPLEJA Y MULTIDIMENSIONAL DE CASOS

Problemática:	Riesgos:
Alta complejidad social, ambiental y territorial	Mayor exposición a posibles vulneraciones de derechos
Intervenciones dispersas entre dependencias	Respuestas institucionales parciales o no oportunas
Limitado análisis estratégico y seguimiento efectivo	Menor impacto de la intervención institucional

Logo: Gobierno del Ecuador

Participants (from top to bottom):

- Pepe Cárdena Aguirre (Liderazgo)
- Sandra Carolina Romero Mancilla
- AO
- DA
- JP

Mesa Intersectorial Medio Ambiente y de Infraestructura

11:10

Operación: 2 Mesas

ALTO NIVEL
 Presidida por **Defensora del Pueblo** o por quien esta **designa, coordinada** por **Vicedefensoría**. Participarán las delegadas, direcciones, oficinas y defensorías regionales involucradas en los casos priorizados.
Emitirá lineamientos, revisará avances y adoptará decisiones estratégicas.

6 Mo solicitud

TÉCNICA
 Integrada por personas designadas por las dependencias. **Implementará acciones, consolidará** información técnica y **preparará insumos** para la instancia política de alto nivel. **Coordinará** la elaboración de informes y la **activación de rutas** defensoriales.

2 Mo Necesidad

Carolina Romero Mendez

Defensoría del Pueblo

Peña Cecilia Aponte Urbán
 Carolina Romero Mendez
 AG
 DA
 JP

Mesa Intersectorial Medio Ambiente y de Infraestructura

08:20

Secretaría Técnica: 2 Mesas

Vicedefensoría

- Coordinación transversal
- Articulación entre las direcciones nacionales, las delegadas y las defensorías regionales

Carolina Romero Mendez

Defensoría del Pueblo

Peña Cecilia Aponte Urbán
 Carolina Romero Mendez
 AG
 DA
 JP

08:06

Funciones

- Articular y coordinar respuestas a casos y problemáticas MEI
- Acompañar técnicamente a comunidades
- Promover acciones: Formalización minera, prevención, garantía de Derechos y protección a ecosistemas
- Consolidar información MEI: toma de decisiones, planificación de acciones y sistematización
- Formular recomendaciones. Orientar acción defensorial

Defensoría del Pueblo

Carolina Romero Mendez

Peña Cristina Aguirre Uribe

Carolina Romero Mendez

AG

DA

JP

10°C Mostly cloudy

4:15 PM LAX 4/16/2024

07:24

Funciones

- Articular y coordinar respuestas a casos y problemáticas MEI
- Acompañar técnicamente a comunidades
- Promover acciones: Formalización minera, prevención, garantía de Derechos y protección a ecosistemas
- Consolidar información MEI: toma de decisiones, planificación de acciones y sistematización
- Formular recomendaciones. Orientar acción defensorial

Defensoría del Pueblo

Carolina Romero Mendez

Peña Cristina Aguirre Uribe

Carolina Romero Mendez

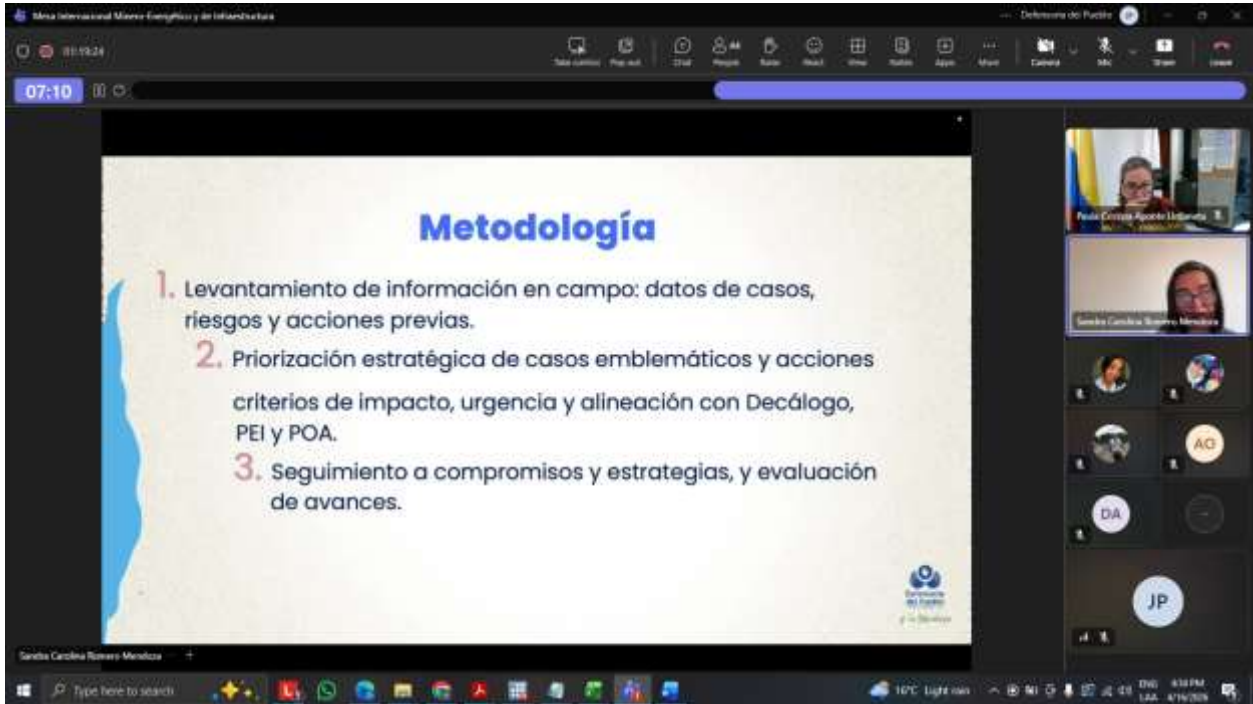
AG

DA

JP

10°C Light rain

4:15 PM LAX 4/16/2024



Metodología

1. Levantamiento de información en campo: datos de casos, riesgos y acciones previas.
2. Priorización estratégica de casos emblemáticos y acciones criterios de impacto, urgencia y alineación con Decálogo, PEI y POA.
3. Seguimiento a compromisos y estrategias, y evaluación de avances.

Es reflejo de los tipos de conflictos sociales Estos casos se parecen integral lo que implica que todas las dependencias aportemos al diseño de una ruta de atención ruta de atención en el lenguaje de marilyn o sea si nos toca hacer una ruta para ver quién entra en qué momento en el mismo sentido en que lo estamos haciendo en protesta social donde también se identificó que el tema no era sólo de atención o de conflictividad y por último entonces para invitar a la a la discusión tendríamos como una propuesta de reglamentación yo no sé si eso es una circular o unos lineamientos o simplemente la ruta hp sea suficiente y allí entonces ya pues ya refleja habíamos pm miembros permanentes miembros transitorios cada la periodicidad y todos los demás detalles que Sandra indicó pero sobre todo nos lineamientos que es el llamado que nos hace Erika no solo porque ya está sobrecargada con un tema que no sólo le corresponde a ella sino porque nuestras regionales en un momento se van se ven a calzas prietas para atender estos estos asuntos entonces los invito a compartir sus impresiones y voy a estar dando la mano para quien

quiera empezar a hablar ho si el tema no generó ninguna encuesta está listo mari Mariana hola buenas tardes a todos y a todas estaban acá escuchando muy muy atentamente eh yo insistí en

Es que te dejen las economías ilegales y pasen a una minería legal esto se está se está proponiendo mucho en nariño es una apuesta fuerte en la gobernación de nariño y eso también está generando digamos mucho interés de parte de ciertos sectores incluidos digamos por supuesto los grupos armados pero también tensiones con comunidades indígenas que por ejemplo no quieren que haya minería en sus territorios y pero también gente que quiere hacer minería o que quiere transitar hacia una minería legal y ahí pues hay todos los debates que ya adelantaron y pico sin que haya adelantaron los colegios que que expusieron y posibles focos de conflictividad también en entonces digamos es el tema nos está saliendo mucho en procesos de paz incluso en los procesos de paz urbana por ejemplo en buenaventura también están saliendo muchas algunas cosas ambientales de hecho hay un proyecto que aquí en el proceso de paz de buenaventura que se llama eco barrios en el cual la delegación del gobierno no se ha estado digamos insistiendo mucho que nos metamos entonces bueno son temas no solo en minería mucho en minería pero temas digamos ambientales y digamos nos hemos encontrado con digamos la necesidad de poder una digamos monitorear de mejor manera y como los riesgos los impactos los beneficios que este tipo de iniciativas puedan tener pero a veces nos vemos cortos en la capacidad de hacerlo entonces tenemos lo que las comunidades nos cuentan pero muchas veces o porque el acceso es muy restringido a los lugares donde se hacen donde los grupos están como muy metidos en estas actividades de minería porque hay mucho miedo o porque no tenemos la capacidad digamos presupuestal y humana para hacer emisiones de monitoreo pues no tenemos información como más robusta que pronto poder presentar a las mesas de negociación o para hacer exigencias de comunicados públicos entonces nos llega digamos la información nos quedamos un poco así yo siento que me quedo como con la preocupación YY no en todos los casos pero en algunos casos no tenemos como la capacidad de de rossi de robustecer ese monitoreo y documentación para poder llevarlo digamos no solo las mesas sino pues al lugar donde sea entonces acá me parece que el tema del comité y organizarnos pues es es es vital además cruzan también muchas de las comunidades digamos afectadas o interesadas en en estos temas de minería son comunidades étnicas también entonces también se nos cruzan por supuesto estos temas ha los que debemos ponerles el enfoque étnico y esto tiene muchos riesgos también en temas de en términos de violencia de género no sabemos que el río de la minería hay otros negocios ilícitos de de trata con fines de explotación sexual y bueno trabajo sexual etcétera entonces pues también hay me parece muy interesante tener este espacio que nos permita como como definir para qué tenemos capacidad seguramente no lo vamos a poder hacer todo pero al menos ponerlo sobre la mesa y definir como quién hace qué YY con qué énfasis y con qué recursos pues humanos y presupuestales y gracias por lo último que dijiste porque sin recursos no creo que podamos avanzar más que en buenas intenciones pero de acuerdo Sergio te oímos pues yo bueno no pues gracias al avise a guía colectiva ambientales por la propuesta yo creo que es bien importante la articulación yo creo que sobre eso digamos es algo que podemos ir aprendiendo en

la marcha me preocupa mucho lo del protocolo por lo siguiente y es que yo sí creo que obviamente hay una mirada de política YY una mirada integral sobre la minería pero yo creo que los problemas de esas tablas que nos mostraban sobre los tipos de minería y los tipos de mineral extraído y los tipos también de de conflictos asociados no son iguales es decir si nosotros hacemos un protocolo donde Simón bueno hay que tener en cuenta el tema de conflictividad social el tema ambiental y el tema de formalización el tema laboral el tema del pago de regalías el tema de conflicto armado como una lista de chequeo para poder abordar los conflictos por la minería o las solicitudes de acompañamiento o de acción de defensa de la minería yo creo que podemos darle dimensiones a los conflictos que no las tienen es por ejemplo me me hago explicar es decir hay una llamada sobre la minería ilegal o minería criminal en la cuenca del río atrato nuestra y allá pues realmente el tema se tendrá que ver con vínculos de esas explotaciones mineras con actores del conflicto armado y con el uso del mercurio y con las afectaciones a los ríos en esos casos nuestra acción no puede ser de verificación si hay un proceso de formalización o si hay un proceso de protección de derechos laborales porque no los va a ver y no van a ser relevantes para lo que está ocurriendo en el territorio o lo que está ocurriendo por ejemplo en putumayo en putumayo hay un conflicto en donde hay un movimiento social en contra de la apertura de la mina y no podríamos llegar a otros decir bueno está este movimiento y este conflicto socio ambiental y entonces lo que vamos a hacer es mirar si se están cumpliendo las condiciones el laborales en la mina esa no es no es el énfasis estoy en lo que me complicó un poco de la lista de chequeo es que los conflictos tienen unos sectores particulares ahora estamos gastando mucho tiempo nosotros y otras delegadas atendiendo lo que ocurre con el cierre minero en el corredor minero del César allí digamos el énfasis nuestros y que son los derechos de los trabajadores porque nuestra transición de los cierres de las minas pues están teniendo en cuenta muy pocas peticiones de los sindicatos entonces ahí sí que hay una acción pero también hay una acción ambiental porque esos planes de cierre pues también tienen que tener una una digamos recuperación de los pasivos ambientales generados entonces ahí sí podría haber confluenciarmi.es que no en todos los conflictos por minería se requiere mirar esas distintas dimensiones de lo que de lo que suele ocurrir porque hay algunos casos en los que hay algunos casos en los que no o lo que pasa en el bajo cauca entonces el bajo cauca lo que tenemos son un montón de unidades eh claro artesanales de minería digamos de muy muy pequeña está la escala o con un nivel bajo de tecnificación pero esa no es la voz digamos que está representada en la protesta la voz que está representada en la protesta son los de mineros medianos que todos tienen retros y maquinarias y que también han tenido muchos problemas digamos de vínculos con actores del conflicto armado pero esos son los que protestan y son los que hacen el paro entonces ahí tampoco creo que puede ser formalización pero también hay un tema digamos de acción de por parte de la fuerza pública de control de esa minería no puede ser como detengan a la fuerza pública porque vamos a ver si ellos formalizan en las mesas que yo he podido participar allá en caucasia pues realmente el tema de la formalización tanto en la en la búsqueda digamos de disidentes ambientales en la en la dinámica en la formalización laboral ellos lo plantean como una consecuencia de la formalización minera entonces quien saliste hace que oigamos todavía no se encuentra cuál es la prioridad pero lo que yo siento es que traer

digamos todas las dimensiones en una lista de chequeo o digamos en una acción integral que en la cual todos tenemos que cumplir necesariamente no creo que sea necesariamente la la la estudio que se llama sidonia y yo creo que el tipo de conflicto y las demandas de las de las partes que están en el conflicto son los que de alguna forma nos puede dar un poco más de luces sobre por dónde orientar la acción de la defensoría y en esto pues digamos si si obviamente yo entiendo que para él y para la delegada de colectivos y ambientales hay como un peso más grande de ahí pero lo cierto es que en en la mayoría de estos conflictos el tema central son las afectaciones ambientales y eso sí es una digamos digamos lo que pasa en el bajo cauca lo que pasa en el atraco que también nos comentaba lo que pasa en la amazonía lo que pasa en la minería a gran escala digamos como que el el común denominador de todas esas situaciones es que sí en todos hay disputas y conflictos ocasionados por afectaciones en los derechos ambientales entonces obviamente no es lo único pero si el lo lo pero lo que lo lo lo que los lo común entonces bueno ahí sí obviamente entiendo digamos que eso implica un nivel digamos de responsabilidad mayor para la dignidad pero también digamos la realidad de los conflictos muestra a eso esos son mis mis aportes no sé si son muy útiles pero pero son lo lo que son gracias ahora esta parte son útiles todos son útiles listo Mónica te hice compañeros muchísimas gracias bueno hice primero agradecerte muchísimo por el espacio por haber retomado esta mesa minera y además también por la visión como de análisis integral que se está haciendo porque también desde la visión transversal que vemos en la hay una Entonces esa tensión que genera comunidad conlleva a que existan espacios de conflictividad espacios donde además la abundancia económica que está dando la minería en territorio es muy demencial yo diría que muy comparable hoy en día bueno tal vez no así que es como el narcotráfico pero sí tiene una representatividad muy fuerte en territorio que está llevando a que también el conflicto armado y esa conflictividad pues que les digo como social transversal se esté presentando entonces eso es como nuestra primera lectura para decir creo que si tiene un enfoque integral que tenemos que ver desde diferentes áreas la otra que quiero comentarles y también un poco qué motivo pues nuestra solicitud es que en enero del finalizando enero de este año tuvimos una convocada toria que se hizo por parte de él del un movimiento que se llama ser ciudadano y este es un movimiento como de varios organiza naciones sobre todo comunitarias diría yo que están afectados por contaminación en los ríos entonces allí hay gente de los ríos atrato hay gente de de los de mojana del bioma amazónico del páramo es arte urbano o sea es como un gran movimiento y en esa reunión que estuvimos 2 días acompañando pues porque nos dispuso la defensora que pudiéramos acompañar nos dimos cuenta que ese tema de ríos se había estado manejando en la entidad por parte de la delegada de constitucionales tratando de pensar recuerdo mucho como en los tiempos de aquiles cuáles eran las medidas de pronto de acciones constitucionales o de rutas incluso administrativas constitucionales donde pudiéramos empezar a pensar también un poco como en la protección de los ríos YY el enfoque que tiene pues de afectación en territorio de hecho estas comunidades y este movimiento en esa oportunidad fueron muy fuertes en solicitar a la defensoría que hiciéramos una intervención y que empezáramos a pensar mucho en la contaminación de metales pesados justo el compañero ahoritica cuando exponía todo lo de die como todo lo de minería los

hablaba de metales pesados y hoy en día sabemos que los ríos pues tienen una alta contaminación por mercurio pero que no es tan solo un río sino que de forma yo diría que exponencial nivel país se está presentando esa contaminación e incluso una enfermedad allí nos colocaban de presente y es la enfermedad de de minato que tiene pues un poco diagnóstico es un tema de urgencia y pues solicitan obviamente como de forma formal que podamos habilitar estas rutas primero para hacer algún ejercicio como administrativo y llamar a las entidades de sentar de hacer vigilancia y la otra cosa que nos decían es que hoy en día es muy común en el país y creo que muchos de los que hemos navegado ríos nos damos cuenta que al ojo muy visible diría yo de las autoridades tanto las corporaciones autónomas regionales como las entidades territoriales en municipales YY departamentales hay dragas a toda hora en los ríos metidas y es un tema que está casi sin control claro a veces hacen redadas o tomas por parte de la policía intervenciones queman la draga pero lo cierto es que con el movimiento de recursos que se están dando al otro día la draga está reparada y otra vez en funcionamiento entonces nos pedían y quiero dejar como en esta ámbito sobre todo para que podamos profundizarlo y mirarlo con este enfoque transversal que estamos asumiendo pues esos 2 temas o sea contaminación de ríos por metales pesados y particularmente por mercurio que está trayendo también afectaciones comunitarias gruesas en enfermedades como esta que les presento pero además en el riesgo de volumen de conflictividad y la segunda que es la que les digo y es pues o sea parte de la minería es poder eh no sé generar acciones gubernamentales integrales por ejemplo para el tema de poder combatir las dragas la minería ilegal que es la que más está generando contaminación y hoy quiero decir que no están solo en el foro qué ríos sino que ahora tenemos una digamos incidencia adicional y es la de la contaminación de los acuíferos subterráneos que me parece también muy delicada entonces he presentar pues estos 2 temas vice y contarte que puedes hacer ciudadano las comunidades y sobre todo la red de guardianes de la vida y el territorio a través de sus mandatos ciudadano pues sí han pedido como que desde la defensoría podamos tener esa mirada transversal muchas gracias gracias monica efectivamente ahorita que vamos a estudiar 3 casos específicos el primero es contaminación de ríos por mercurio que lo que estará a cargo ya acabo de ver tu mano levantada reino ya te doy la palabra que estará a cargo de la delegada de constitucionales para para digamos ahondar en eso al sobre lo cual nos están llamando la atención rino adelante antes empezar la siguiente parte sí sí para todos los que están aquí presentes bueno saludar el espacio creo que bastante pertinente porque pues es lo que día a día la regional es que están aquí presentes pero pues todas las demás que tienen esta problemática golpean la puerta a esta delegada para que pues podamos hd digamos que buscar como 111 articulación y poder observar el el fenómeno o los fenómenos de una forma más integral tal vez el vice resaltar como usted misma lo ha mencionado que ya los digamos los avances que se han dado en otros escenarios como el que se ha presentado puede ser también

Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

14:43

Defensoría del Pueblo

Revisión de casos: Contaminación de ríos por mercurio, asociada a actividades mineras y sus impactos.

#BuenFuturoHoy

Defensoría del Pueblo

Panel: Patricia Aguirre Uribe

Panel: Carlos Alberto Rodríguez Rodríguez

JP

Sanita Carolina Romero-Mendoza

Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

12:31

Sentencias generales relacionadas con los impactos de la Minería

Sentencias	Asunto	Otras sentencias	Asunto
T-294 de 2015	Contaminación ambiental por la emisión de las partículas de carbón que genera la explotación carbonífera a cielo abierto	Acción Popular	Protege los derechos colectivos al goce de un ambiente sano y la salud pública de las comunidades Bora y Mursi en el Parque Nacional Natural Cusuco (Amazonas)
T-622 de 2016	Reconocimiento del Río Abrego como entidad viviente con derechos a la protección y restauración	sentencia 4 de agosto de 2022 del Tribunal Administrativo de Cundinamarca	Mercurio en peces
T-361 de 2017	Delimitación Páramo de Santurbán	SP441- 01-11-2023 - Corte Suprema de Justicia	Deños contra el medio ambiente - Contaminación Río Nechi en El Bagre Antioquia. La CSJ analiza ítemicamente el uso del mercurio en la minería artesanal
T-614 de 2019	Rancho Indígena Provincial - La Guajira - Extracción a cielo abierto carbón, contaminación el aire y presencia de elementos químicos en la sangre.	Otras sentencias de la CC: Derechos laborales minería (T-204/14 y T-046/24) delimitación territorial Zona Minera Risuaco, Caldas (T-530 de 2016) minería tradicional (SU 133/17), Consulta previa (T-568/17, T-769/06), SU 123 de 2016 (Hidrocarburos- contaminación auditiva)	
T-108 de 2020	Crisis de salud en las comunidades aledañas a los ríos Caquetá y Putumayo por los altos niveles de mercurio		
C-378 de 2018	Declara EXEQUIBLE la Ley 1892 de 2018, por medio de la cual se aprueba el "Convenio de Minamata sobre el Mercurio".		

Defensoría del Pueblo

Panel: Patricia Aguirre Uribe

Panel: Carlos Alberto Rodríguez Rodríguez

JP

Sanita Carolina Romero-Mendoza

Reunión: Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

06:47

Sentencias proferidas por la Corte Constitucional con órdenes para la Defensoría del Pueblo relacionadas con los impactos de la minería y la contaminación por mercurio

Sentencia	Órdenes	Estado de las órdenes
T-422 de 2016 - Río Arzobispo	- Reconoce al Río, su cuenca y afluentes como una entidad sujeta de derechos. - Plan para descontaminar la cuenca y afluentes. - Plan para erradicar y neutralizar la minería. - Plan de acción integral. - Estudios toxicológicos.	- octubre de 2023: XV Informe de seguimiento: persisten las deficiencias en la articulación en los niveles nacional y regional de la administración pública frente a la erradicación y neutralización de la minería ilegal - XVI Informe de seguimiento (en trámite). - Tras casi una década de emitida la sentencia el grado de cumplimiento continúa siendo bajo, fragmentado y desigual, lo que mantiene sin resolver las causas estructurales de la crisis ambiental, social y humanitaria de la cuenca del Arzobispo.
T-106 de 2025 Microterritorio Jaguares del Yunque	- Identidad y territorio: Constitución, reconocimiento del marco territorial, seguridad y autonomía. - Medio ambiente y minería: Suspensión inmediata, minería, estrategia de descontaminación, fortalecimiento autoridades ambientales. - Salud y Seguridad alimentaria: Atención con enfoque intercultural, protección de seguridad alimentaria, atención diferencial a mujeres.	18 de diciembre de 2025: Primer Informe de seguimiento al Tribunal Superior de Bogotá. - Libro Verde (Ambiente): El Ministerio de Ambiente solicitó modificar órdenes de estudios de contaminación alegando falta de competencia técnica. - Libro Azul (Órdenes Directas): Avances formal con la creación de la "Instancia Única de Coordinación" entre el Gobierno y autoridades indígenas. - El informe concluye que, a pesar de los avances parciales, persisten barreras administrativas críticas que impiden la formalización de las Entidades Territoriales Indígenas.

Santha Carolina Romero-Mendoza

Defensoría del Pueblo y la Naturaleza

Defensoría del Pueblo

Paula Cristina Aguado Urbina

Carlos Alberto Rodríguez Buitrago

María Leticia Gaitaneri Cayer

JP

10°C Lluvia leve

5:12 PM LMA 4/16/2025

Reunión: Mesa Internacional Minería Energética y de Infraestructura

03:13

Sentencias proferidas por la Corte Constitucional con órdenes para la Defensoría del Pueblo relacionadas con los impactos de la minería y la contaminación por mercurio

Sentencia	Órdenes	Estado de las órdenes
T-422 de 2016 - Río Arzobispo	- Reconoce al Río, su cuenca y afluentes como una entidad sujeta de derechos. - Plan para descontaminar la cuenca y afluentes. - Plan para erradicar y neutralizar la minería. - Plan de acción integral. - Estudios toxicológicos.	- octubre de 2023: XV Informe de seguimiento: persisten las deficiencias en la articulación en los niveles nacional y regional de la administración pública frente a la erradicación y neutralización de la minería ilegal - XVI Informe de seguimiento (en trámite). - Tras casi una década de emitida la sentencia el grado de cumplimiento continúa siendo bajo, fragmentado y desigual, lo que mantiene sin resolver las causas estructurales de la crisis ambiental, social y humanitaria de la cuenca del Arzobispo.
T-106 de 2025 Microterritorio Jaguares del Yunque	- Identidad y territorio: Constitución, reconocimiento del marco territorial, seguridad y autonomía. - Medio ambiente y minería: Suspensión inmediata, minería, estrategia de descontaminación, fortalecimiento autoridades ambientales. - Salud y Seguridad alimentaria: Atención con enfoque intercultural, protección de seguridad alimentaria, atención diferencial a mujeres.	18 de diciembre de 2025: Primer Informe de seguimiento al Tribunal Superior de Bogotá. - Libro Verde (Ambiente): El Ministerio de Ambiente solicitó modificar órdenes de estudios de contaminación alegando falta de competencia técnica. - Libro Azul (Órdenes Directas): Avances formal con la creación de la "Instancia Única de Coordinación" entre el Gobierno y autoridades indígenas. - El informe concluye que, a pesar de los avances parciales, persisten barreras administrativas críticas que impiden la formalización de las Entidades Territoriales Indígenas.

Santha Carolina Romero-Mendoza

Defensoría del Pueblo y la Naturaleza

Defensoría del Pueblo

Paula Cristina Aguado Urbina

Carlos Alberto Rodríguez Buitrago

María Leticia Gaitaneri Cayer

JP

10°C Lluvia leve

5:13 PM LMA 4/16/2025

Mesa Intersectorial Mismo Energía y de Infraestructura

03:04

Retos del reconocimiento de los ríos como sujetos de derechos

La Delegada para los Asuntos Constitucionales y Legales está trabajando en una estrategia que permita: (i) avanzar en el seguimiento y la incidencia de estos casos a partir del fortalecimiento de los derechos bioculturales, entre ellos al territorio (como constructo social), la participación, a la autonomía, autogobierno, seguridad, soberanía alimentaria, y etnodesarrollo ii) fortalecimiento de los derechos de los Sujetos de Especial Protección Ambiental (SEPA), iii) valorar la coexistencia de figuras novedosas como la personería ríal con instancias étnicas y culturales como las ETI, las ZRC o la ATEA.

Esta estrategia conllevaría analizar y aplicar un *bloque jurídico de interculturalidad* (compuesto, entre otras, por el convenio 169 de la OIT, la constitución política en su dimensión cultural, el Convenio sobre Diversidad Biológica y la jurisprudencia constitucional en la materia) que se centra en una forma de democracia intercultural, donde la sostenibilidad ambiental y la protección de la biodiversidad dependen del ejercicio efectivo de los derechos de grupos étnicos y comunidades locales.

Santha Carolina Romero-Mendoza

03:04 PM 4/16/2024

Mesa Intersectorial Mismo Energía y de Infraestructura

10:25

Dimensión jurídica

- Nulidad del acuerdo municipal No. 020 de 2018 por sentencia del Consejo de Estado en proceso de nulidad simple.
- Presentación de acciones de tutelas para frenar la implementación de resolución DTP 696 de 2025 de CORPOAMAZONIA por falta participación ambiental, consulta previa y seguridad.

Efecto regulatorio sobre el proyecto

```

    graph LR
      A[Resolución DTP 696 de 2025] --> B[Determinantes ambientales obligatorios]
      B --> C[Límites al desarrollo del proyecto]
      B --> D[Restricciones a la actividad minera]
  
```

- Actualmente se tramita una acción popular suscrita por más de 50 líderes sociales del Putumayo (con petición de coadyuvancia a la Defensoría Pueblo - pendiente de presentación). Con solicitud medidas cautelares, para prevenir daños irreversibles sobre el ambiente mientras se tramita proceso.

Santha Carolina Romero-Mendoza

10:25 PM 4/16/2024



Decisiones

- Elaborar documento de lineamientos de atención para casos minero-ambientales y discutirlo con delegadas.
- Definir postura institucional sobre Iberocobre con mesa de trabajo e informe técnico.
- Incluir estrategia de comunicación y análisis de riesgos reputacionales en casos mineros.
- Presentar acción de tutela para proteger derechos de vivienda rural en Mocoa.
- Elaborar y publicar informe de advertencia sobre reconstrucción de Mocoa.

Preguntas abiertas

- Organización de articulación entre delegadas y regionales requiere mayor claridad y coordinación.
- Comunicación de postura institucional Iberocobre enfrenta dificultad de mantener imparcialidad.
- Acciones del nivel central para reactivar proyectos en Mocoa dependen de la Unidad de Gestión del Riesgo.
- Evitar daño o aumento de conflictividad en intervención de Defensoría en Mocoa.

Agenda

Objetivo: Abordar asuntos estratégicos relacionados con actividades minero-energéticas y de infraestructura, sus impactos sobre los derechos humanos y la naturaleza, y definir líneas de acción defensorial

-

Notas de la reunión

Panorama de conflictividad minero-energética

- Durante 2022 y marzo de 2026, Juliet registró 12,577 eventos de conflictividad social, de los cuales el 6% están relacionados con el sector minero-energético, mostrando una tendencia al alza y concentrándose principalmente en los departamentos de Meta, Antioquia, Santander, La Guajira, Boyacá y Casanare.

Propuesta de articulación institucional

- Sandra presentó la propuesta de crear una instancia especializada para articular capacidades técnicas, jurídicas y territoriales, con el objetivo de fortalecer la respuesta institucional ante los impactos de actividades minero-energéticas e infraestructura sobre derechos humanos y ecosistemas.

Seguimiento a sentencias ambientales

- Carlos y Jeraldine identificaron las sentencias más relevantes sobre contaminación por mercurio en ríos, destacando el bajo cumplimiento de las órdenes judiciales y la persistencia de deficiencias en la articulación institucional para erradicar la minería ilegal y descontaminar las cuencas afectadas.

Comunicación y riesgos

- Mauricio destacó la importancia de analizar los riesgos en la comunicación sobre litigios mineros, considerando la narrativa de empresas, comunidades y entidades, y sugirió fortalecer el apoyo en comunicación para responder a información incorrecta.

Confidencialidad y protocolos

- Mauricio señaló la necesidad de reforzar la confidencialidad en las estrategias de litigio, evitando que se divulguen argumentos clave a las comunidades o empresas, y recomendó que esto quede claro en los protocolos.

Trabajo comunitario en litigios

- Paula y Mauricio coincidieron en que la estrategia de litigio debe incluir trabajo comunitario y fortalecimiento organizativo, no solo acciones jurídicas, para lograr impacto y evitar reclamos de las comunidades.

Comunicación estratégica

- Daniela propuso crear lineamientos y protocolos de comunicación específicos para abordar temas de minería, similares a los existentes para protestas, y preguntó si se definirán en esta reunión o en un espacio posterior.
- Paula indicó que la propuesta de lineamientos de comunicación sobre minería se trabajará en reuniones más pequeñas antes de presentarla en la próxima reunión bimensual, invitando al equipo de comunicaciones estratégicas.

Reconstrucción de Mocoa

- Silvana explicó que en la reconstrucción de Mocoa, la Defensoría identificó varios componentes incumplidos y decidió priorizar el tema de viviendas urbanas debido a la amplitud del problema.
- Silvana explicó que la reconstrucción de Mocoa sigue presentando incumplimientos en viviendas urbanas y rurales, obras de mitigación incompletas, falta de sistema de alertas tempranas y nulo avance en la reconstrucción de la cárcel.
- Silvana detalló que la unidad para la Gestión del Riesgo no ha avanzado en la licitación ni en la construcción de 909 viviendas urbanas, y el convenio de viviendas rurales con Banco Agrario fue liquidado sin resultados.
- Silvana explicó que la Defensoría presentó una acción de tutela para proteger los derechos de beneficiarios de viviendas rurales y personas del asentamiento 7 de agosto en Mocoa.
- William detalló que la acción de tutela busca atender a una población marginada y que las acciones anteriores para las 909 viviendas han sido negadas o avanzan muy lentamente.
- Andrés informó que se está finalizando un informe de advertencia sobre la problemática de la reconstrucción de Mocoa, el cual será enviado primero a la ONGD.
- Monica señaló que la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo designó a una persona en territorio, pero la comunicación con la comunidad se ha deteriorado y la entidad ya no dialoga con los afectados.
- Monica explicó que la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo designó a Oscar Flores en territorio, pero la comunicación con la comunidad se ha deteriorado y la entidad ya no dialoga con los afectados.

- Monica detalló que la gobernación se comprometió nuevamente a buscar un predio de 7 hectáreas para los ocupantes, aunque el compromiso anterior de 5 hectáreas no se ha cumplido.
- Paula señaló que es necesario evaluar cuidadosamente el apoyo a la acción policial de desalojo, para evitar aumentar la conflictividad y garantizar que la intervención sea sin daño.

Tareas de seguimiento

Tarea	Asignado a	Fecha de vencimiento	Cubo
Compilar informe técnico sobre el caso Libero Cobre, integrando aportes de todas las direcciones y delegadas, y definir la postura institucional antes de su radicación judicial (Erika, Mónica, Silvana)			
Presenta acción de tutela para proteger los derechos de beneficiarios de viviendas rurales y de personas del asentamiento 7 de agosto (Silvana, Mónica)			
Enviar el informe de advertencia finalizado sobre la reconstrucción de Mocoa a la ONGD (Andrés)			

Hallazgos relevantes para el informe sobre tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes

Abril 2026

Antecedentes y alcance

Mediante memorando radicado 202600403000116093, de fecha 9 de marzo de 2026, la Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria solicitó a la Delegada para la Salud y la Seguridad Social la remisión de un informe sobre obstáculos identificados en la denuncia de actos de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como tiempos de respuesta y barreras específicas que enfrentan distintos grupos poblacionales en contextos de privación de la libertad.

El presente informe consolida los principales hallazgos obtenidos a partir de ejercicios previos de verificación de derechos, informes técnicos de salud, conceptos clínicos y actuaciones interinstitucionales allegadas por el equipo. Su objetivo es aportar insumos estructurados, útiles y verificables para la actualización de la ruta institucional de denuncia, atención y seguimiento de estos hechos.

El alcance del documento es eminentemente técnico y se concentra en la intersección entre salud, integridad personal, condiciones de reclusión y respuesta institucional. Por esa razón, además de sistematizar barreras generales, se incluyen casos ilustrativos que muestran cómo la ausencia de atención oportuna, la falta de valoración clínica integral y la fragmentación de la respuesta institucional pueden agravar el riesgo de daño, invisibilizar lesiones o dificultar la denuncia efectiva.

Hallazgos estructurales que incrementan el riesgo de malos tratos y obstaculizan la denuncia

En atención a las visitas de campo que se han realizado en la URI de Puente Aranda se ha podido identificar que la estancia ocurre en condiciones de hacinamiento y sobreocupación incompatibles con estándares mínimos de dignidad, privacidad y descanso. Se describe la convivencia de mas de 120 mujeres en un espacio con tres celdas cubiertas por colchonetas continuas, sin delimitación individual, con ventilación deficiente, humedad, olores persistentes e iluminación insuficiente. Además, el mismo espacio cumple múltiples funciones, incluyendo descanso, circulación, comedor y, en algunos momentos, preparación de alimentos. Este entorno favorece conflictos, exposición permanente a violencia interpersonal y agravamiento del malestar físico y psíquico, lo cual puede ser interpretado como una modalidad de malos tratos.

También se reportan interrupciones del fluido eléctrico en horas de la tarde, uso de velas u otros recursos improvisados, limitaciones de espacio para actividades psicosociales, y ausencia de espacios adecuados para mujeres con hijos menores de tres años. Tales condiciones, además de constituir afectaciones en sí mismas, reducen la posibilidad de privacidad para comunicar agresiones, solicitar ayuda, relatar hechos sensibles o participar en entrevistas clínicas o psicosociales sin temor a represalias, exposición o revictimización.

En materia de atención en salud, no existe examen físico sistemático al ingreso, no hay personal de salud disponible de manera permanente para urgencias y la respuesta cotidiana recae principalmente en auxiliares de enfermería y un número muy limitado de profesionales de psicología. La medicina general se reporta apenas un día a la semana y la ambulancia está disponible solo parte del tiempo. Esta combinación de infraestructura deficiente y débil capacidad de respuesta clínica constituye un contexto de especial riesgo para la integridad personal.

Obstáculos para la denuncia de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes

El primer obstáculo es la documentación de los casos, dado que no se evidencia oportunidad en la realización de la valoración integral e inmediata cuando una persona refiere agresiones, presenta lesiones o muestra signos de deterioro físico o emocional. Unido a esto, el personal de salud no está debidamente sensibilizado y formado frente a esta competencia en la documentación de casos, la realización de exámenes médico legales y preservación de evidencia y activación de rutas de protección. Adicionalmente, al ingreso, cuando existe un riesgo importante por el uso de la fuerza para la detención no se constata

que las personas puedan acceder a un examen de ingreso, sin examen físico completo y sin personal clínico disponible de forma continua, disminuye la probabilidad de documentar oportunamente hallazgos compatibles con malos tratos, establecer su gravedad, solicitar imágenes diagnósticas o activar remisiones urgentes. La ausencia de documentación clínica temprana debilita la trazabilidad de los hechos y dificulta tanto la protección de la víctima como la eventual investigación disciplinaria, penal o administrativa.

Un segundo obstáculo es la discontinuidad terapéutica. Ya que la interrupción de medicamentos crónicos, psicofármacos y tratamientos especializados deteriora la salud, aumenta la dependencia institucional y puede generar situaciones de crisis en las que la persona pierde capacidad real para relatar, sostener o impulsar una denuncia. Cuando una persona con epilepsia, depresión, ansiedad, psicosis u otra condición no recibe tratamiento, su vulnerabilidad se intensifica y la respuesta institucional tiende a centrarse en el control del episodio, no en la garantía integral de derechos.

Un tercer obstáculo es la falta de información clara sobre rutas internas de atención y derechos en salud. En la caracterización realizada a mujeres privadas de la libertad, una mayoría manifestó no haber recibido orientación clara, completa y útil sobre servicios disponibles y mecanismos para solicitar apoyo. Sin información accesible, comprensible y repetida de manera periódica, la denuncia queda condicionada al conocimiento informal de otras internas, al criterio del personal disponible o a la presencia fortuita de actores externos.

Un cuarto obstáculo corresponde a la falta de privacidad y a la insuficiencia de espacios confidenciales. Solo una proporción minoritaria de las mujeres consideró que su privacidad fue adecuadamente protegida durante la atención médica o psicosocial. Este déficit es especialmente grave cuando se trata de violencia física, sexual, amenazas, represalias o hechos que involucran a agentes estatales o a otras personas privadas de la libertad. Sin confidencialidad, aumenta el temor a denunciar y disminuye la calidad del relato y de la valoración clínica.

Finalmente, se evidencia una débil articulación entre salud, protección y respuesta institucional. Los informes muestran fragmentación en la ruta asistencial, demoras administrativas, citas que no cuentan con los resultados de exámenes previos para hacer una valoración adecuada, ausencia de continuidad especializada y escasa claridad sobre la coordinación con EPS o la red externa. Esa fragmentación se traduce en demoras, pérdida de oportunidad diagnóstica y revictimización administrativa.

La privación de la atención médica es una forma de trato cruel

Dentro de la valoración en campo, se observaron patrones de demora relevantes para acceder a atención sanitaria básica. En la URI de Puente Aranda, solo una parte de las mujeres reportó que el traslado o la reacción institucional fue inmediata cuando se requirió intervención médica. Asimismo, se documentaron barreras prolongadas para acceder a medicamentos, consulta médica, salud mental, odontología, tamizajes y remisiones especializadas.

En el caso individual de la mujer valorada con epilepsia y antecedentes de salud mental, se señala que no había sido valorada por neurología desde 2024, pese a existir órdenes activas para control especializado, y que no se garantizó la continuidad del tratamiento antiepiléptico. En una visita posterior, 48 horas después, la paciente refirió una convulsión ocurrida el día inmediatamente anterior y, a la inspección, el equipo observó deterioro neurológico con parálisis facial periférica derecha y hemiparesia izquierda. Este tipo de secuencia evidencia fallas graves de oportunidad, con riesgo de daño neurológico mayor.

En la documentación relativa a La Picota se describen demoras y barreras administrativas y operativas para confirmar y estadificar una presunta patología oncológica, incluyendo procedimientos pendientes por varios meses, citas programadas sin exámenes previos, fragmentación de la ruta y manejo insuficiente del dolor. Aunque se trata de un contexto distinto al de la URI, el patrón es similar: la privación de la atención médica oportuna prolonga el sufrimiento, agrava la vulnerabilidad y puede constituir un trato incompatible con la dignidad humana cuando no existe justificación clínica válida para la inacción.

En la cárcel modelo se identificó la falta de atención compasiva y de calidad, al escaso acceso a la atención sanitaria la PPL manifiesta un completo desinterés por parte de los/as médicos/as tratantes por la dolencias de las personas, la falta de tratamientos efectivos y el consecuente agravamiento de condiciones médicas, hasta la pérdida funcional de órganos.

Barreras específicas por grupos poblacionales y condiciones despecial vulnerabilidad

En mujeres privadas de la libertad se evidencian barreras reforzadas asociadas al hacinamiento, la exposición a múltiples violencias previas y actuales, el déficit de insumos de aseo para atender la menstruación, la falta de procedimientos claros para ser atendidas por casos de violencias sexuales y otras VBG, la ausencia de tamizajes de salud sexual y

reproductiva y la limitada privacidad durante la atención. El análisis de co-ocurrencias muestra que la violencia, el malestar psicológico, las barreras institucionales y la ausencia de apoyo social se potencian mutuamente, configurando trayectorias de alta vulnerabilidad.

En personas con antecedentes de trastornos mentales o sufrimiento psíquico severo, la ausencia de valoración especializada, de psicofármacos y de seguimiento continuo aumenta el riesgo de autoagresión, desregulación emocional, revictimización e invisibilización del daño. La aplicación de tamizajes básicos por auxiliares de enfermería, sin articulación sistemática con psiquiatría o psicología clínica, resulta claramente insuficiente para contextos de alto riesgo.

En personas con enfermedades crónicas, neurológicas, oncológicas o de alta complejidad, la discontinuidad del cuidado y las barreras de remisión operan como una forma de agravamiento evitable del sufrimiento. La falta de oportunidad para acceder a exámenes, especialistas y tratamientos no solo vulnera el derecho a la salud, sino que limita la posibilidad de que lesiones, secuelas o deterioros funcionales sean evaluados y documentados a tiempo.

También se advierten riesgos especiales para personas sin red de apoyo estable, afiliadas al régimen subsidiado o sin aseguramiento efectivo, así como para población extranjera sin EPS. En estos grupos la continuidad de medicamentos y citas depende aún más de la capacidad institucional, por lo que cualquier falla del sistema tiene un impacto desproporcionado.

Casos ilustrativos relevantes

Caso 1. Mujer privada de la libertad en la URI de Puente Aranda con epilepsia y antecedentes de trastorno límite de la personalidad, depresión, ansiedad e intentos previos de suicidio. Según el concepto psicológico-médico aportado, la paciente refirió no haber recibido valoración por psiquiatría ni psicología, no contar con continuidad de medicación psicofarmacológica y encontrarse expuesta a hacinamiento, insomnio, violencia interpersonal y ausencia de protocolos de manejo para crisis convulsivas. Durante una visita posterior informó haber convulsionado el día anterior, y el equipo observó signos neurológicos focales compatibles con deterioro agudo. Este caso evidencia cómo la ausencia de continuidad terapéutica, la falta de respuesta especializada y el entorno de reclusión pueden constituir factores de agravamiento severo, con riesgo vital y neurológico, además de obstaculizar la protección efectiva frente a otros malos tratos.

Caso 2. Durante una de las jornadas en la URI, el equipo observó a una paciente que había sido golpeada en la muñeca en el contexto de un intento de apaciguamiento de una asonada. Aunque la fractura fue descartada por radiografía, la muñeca se encontraba marcadamente inflamada y, por el cuadro clínico observado, el caso probablemente requería estudio complementario con TAC para descartar lesiones no visibles en radiografía simple o compromiso estructural asociado. Este episodio es especialmente relevante para el presente informe por tres razones: primero, muestra que pueden ocurrir lesiones durante intervenciones de control o contención; segundo, evidencia que una radiografía negativa no descarta de manera suficiente la necesidad de valoración adicional cuando persisten hallazgos clínicos de alarma; y tercero, ilustra cómo la falta de una ruta inmediata de documentación clínica integral puede limitar la esclarecimiento del hecho, la adecuada atención de la víctima y la activación de mecanismos de denuncia y seguimiento.

Caso 3. Persona privada de la libertad en La Picota con VIH sin control virológico y presunta patología oncológica concomitante. Los documentos aportados reportan ausencia o demora de exámenes especializados, falta de estadificación del VIH y Cáncer de forma completa que oriente el tratamiento, barreras para acceso a servicios de oncología, manejo subóptimo del dolor y necesidad de atención en salud mental. Aunque no se trata de un caso de agresión física directa documentada, sí ejemplifica cómo la omisión prolongada de atención médica integral o cuando no se actúa con debida diligencia en contextos de reclusión se configura una forma de maltrato que puede generar sufrimiento intenso y deterioro evitable. .

Análisis integrador

Los hallazgos revisados permiten concluir que, en estos contextos, los obstáculos para denunciar tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes no son únicamente jurídicos o procedimentales; son también clínicos, organizativos y materiales. Cuando no existe examen de ingreso, no hay personal clínico permanente, los tratamientos se interrumpen, las urgencias no se responden oportunamente, la privacidad no se garantiza y la información sobre derechos es deficiente, la denuncia se vuelve menos probable, menos segura y verificable.

Además, los mismos factores que agravan el sufrimiento pueden ser interpretados desde una perspectiva de derechos humanos como componentes del trato degradante: hacinamiento, exposición a violencia, ausencia de sueño reparador, falta de respuesta ante

emergencias, dolor no tratado, espera prolongada de especialistas y desprotección frente al deterioro mental o neurológico. La acumulación de estas condiciones refuerza la necesidad de una ruta de denuncia que no se limite a recibir quejas, sino que incorpore una respuesta sanitaria inmediata, documentación clínica robusta, enfoque diferencial y seguimiento interinstitucional verificable.

Recomendaciones para la actualización de la ruta y el informe de la Delegada

Se recomienda que la ruta actualizada incorpore como componente obligatorio la valoración clínica integral e inmediata ante toda denuncia, relato o sospecha de tortura, malos tratos o uso excesivo de la fuerza, incluyendo examen físico completo, registro fotográfico cuando proceda conforme a protocolos, evaluación del dolor, valoración de salud mental y definición del plan diagnóstico complementario pertinente.

Debe establecerse la obligación de documentar de manera reforzada los casos en los que existan lesiones con alta sospecha clínica, aun cuando un examen inicial resulte negativo, como ocurrió en la paciente con traumatismo de muñeca. En estos casos la ruta debe exigir reevaluación clínica, criterios de imagen complementaria y seguimiento evolutivo.

Se recomienda fortalecer el examen de ingreso y la ruta de continuidad terapéutica para personas con epilepsia, trastornos mentales, enfermedades crónicas, VIH, cáncer u otras condiciones de alta vulnerabilidad, pues la interrupción del tratamiento incrementa tanto el daño en salud como la dificultad para denunciar o sostener procesos de protección.

Debe garantizarse disponibilidad real de espacios confidenciales para entrevistas y atenciones médicas o psicosociales, así como información clara y accesible sobre los mecanismos de denuncia, atención en salud, protección frente a represalias y canales externos de control.

Es necesario definir tiempos máximos de respuesta para: valoración inicial de lesiones, remisión a urgencias, interconsulta especializada, seguimiento de casos con signos neurológicos o dolor persistente, atención de salud mental y entrega de medicamentos esenciales. La ruta debe exigir trazabilidad documental y responsables definidos en cada etapa.

Se sugiere incorporar un enfoque diferencial explícito para mujeres, personas con trastornos mentales, personas con discapacidad, personas con enfermedades de alta complejidad, población LGBTIQ+ y personas migrantes o sin aseguramiento efectivo, de modo que la barrera estructural adicional que enfrentan no quede invisibilizada.

Finalmente, se recomienda que el informe institucional destaque que la prevención de la tortura y los malos tratos exige articular salud, custodia, protección y supervisión externa. Sin atención oportuna, documentación clínica adecuada y seguimiento efectivo, la denuncia pierde eficacia y el riesgo de repetición aumenta.

En suma, la valoración del equipo de la Delegada salud y Seguridad Social y de la Defensoría del Pueblo en las diferentes ERONES y URI muestran que las fallas en acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención en salud operan como factores que agravan el sufrimiento de las personas privadas de la libertad y, al mismo tiempo, como barreras concretas para denunciar, probar y hacer seguimiento a hechos de tortura o malos tratos. La incorporación de estos hallazgos en la actualización de la ruta institucional permitirá fortalecer una respuesta más protectora, intersectorial y centrada en la dignidad humana.

Análisis y comentarios al proyecto de Resolución "Por la cual se adopta el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y se dictan otras disposiciones

Abril 2026

Análisis constitucional

El Ministerio de Salud respalda la necesidad de modificar el modelo de atención en los pronunciamientos de la Sala Especial de Seguimiento al sistema carcelario. Los cuales señalaron que el modelo de atención de la “población privada de la libertad, presenta varios inconvenientes que se materializan en graves afectaciones al derecho a la salud de la población reclusa, producto de la intermediación y tercerización y desarticulación institucional”.

Propósito

Establece como propósito (i) mejorar la articulación institucional, (ii) 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, (iii) implementar protocolos adaptados al contexto carcelario y (iv) incorporar las 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, que 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. Para asegurar una atención integral, adecuada y oportuna que permita superar las problemáticas identificadas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-494 de 2023 y el Auto 1677 de 2025.

Ejes fundamentales

- (i) Superar de forma progresiva la atención fragmentada mediante la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud dentro de los establecimientos penitenciarios.
- (ii) Adoptar protocolos ajustados al contexto carcelario.
- (iii) Incorporar modalidades de prestación de servicios extramurales o de telesalud, y fortalecer la integración de los servicios intramurales con el fin de incrementar la capacidad resolutive.
- (iv) Garantizar la seguridad institucional en la prestación de los servicios dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional.

Comentarios

Sobre la creación de la política pública que modifica el modelo en salud de la PPL

1. A pesar de que el Auto 1677 de 2025 dispuso que el Minsalud en coordinación con otras entidades, entre ellas la Defensoría del Pueblo, estructurara una política pública de atención diferencial integral para garantizar los derechos de las mujeres gestantes, las madres y los niños y niñas que conviven con ellas en establecimientos de reclusión, así como en centros de detención transitoria, el Minsalud no nos tuvo en cuenta para ello.

En suma, y pese a que el proyecto de resolución intenta demostrar que su propósito es superar las barreras evidenciadas por la Corte Constitucional, este modelo no fue construido con la Defensoría, pues no se ha tenido en cuenta a la entidad para elaborarlo, lo que además de desconocer el contenido del Auto 1677 de 2025, deja de lado el contenido del artículo 270 de la Constitución Política que impone al Estado el deber de habilitar la participación ciudadana para vigilar la gestión pública y sus resultados.

Cabe recordar que “la política pública no es un mero acto de decisión gubernamental y su contenido debe acompañarse de diálogo, discusión, argumentación y ‘entendimiento entre el poder público y los actores políticos y sociales, interesados e involucrados en la política’ ” (Auto 1006 de 2025). Asimismo, se desconoció el contenido de los artículos 2.º y 48 constitucionales y la Ley Estatutaria en Salud.

2. El Auto 1677 de 2025 dispuso la obligación de estructurar una política pública de atención diferencial para garantizar los derechos de las mujeres gestantes, las madres y los niños y niñas que conviven con ellas en los establecimientos penitenciarios y carcelarios, así como en los centros de detención transitoria. Para ello, estableció la obligatoriedad de seguir estos lineamientos:

- (i) Enfoque de perspectiva de género y protección de la primera infancia
- (ii) Objetivos específicos
- (iii) Adecuación de espacios e infraestructura
- (iv) Tratamiento diferencial y especializado en salud
- (v) Universalidad y continuidad en la atención a favor de estos sujetos bajo protección reforzada
- (vi) Componentes sobre atención psicológica y psiquiátrica
- (vii) Ajustes para la nutrición y alimentación
- (viii) Estrategias separadas encaminadas al abordaje de situaciones críticas de salud y urgencias no vitales
- (ix) Disponibilidad de especialistas en pediatría que asuman la atención integral y continua a los niños y niñas que habitan en establecimientos de reclusión.
- (x) Capacitaciones en derechos sexuales y reproductivos, así como en la prevención, consumo y adicción a sustancias psicoactivas en prisión
- (xi) Financiación del programa
- (xii) Supervisión y control

Sin embargo, aunque la resolución manifiesta su interés de cumplir el auto citado, se advierte la ausencia total de los lineamientos allí mencionados, los cuales hacen parte de las obligaciones impuestas por la Sala Especial de Seguimiento. En este sentido, es posible concluir que, pese a la modificación del modelo, no se está acatando lo dispuesto, en tanto la regulación que se pretende expedir continúa omitiendo las acciones afirmativas que requieren estas poblaciones que han sido objeto de discriminación estructural.

Del articulado

3. El parágrafo del artículo 2.º define la población privada de la libertad como aquella “integrada por las personas recluidas en los establecimientos penitenciarios y carcelarios bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Penitenciario y Carcelario - INPEC, en virtud de orden judicial de detención preventiva o sentencia condenatoria; las personas que se encuentren cumpliendo medidas de prisión domiciliaria o detención domiciliaria ordenadas por autoridad judicial; las personas sometidas a mecanismos de vigilancia electrónica, en los términos de las Leyes 1453 de 2011 y 1709 de 2014”.

No obstante, este concepto deja de lado a las personas privadas de la libertad en los centros de detención transitoria que, aun contando con la calidad de condenados, permanecen allí sin acceso pleno a las garantías que les corresponden. Tal como lo evidenció la SU-122 de 2022, 269 personas se encontraban en esta situación con boleta de remisión para cumplir pena.

Este hecho revela una omisión institucional que no puede pasar inadvertida: quienes se encuentran en esa condición forman parte de la población bajo responsabilidad del Inpec y, en consecuencia, el Ministerio de Salud tiene el deber ineludible de garantizarles el derecho fundamental a la salud. Reconocer y subsanar esta brecha no solo responde a un mandato jurídico, sino que constituye un imperativo ético y social para avanzar hacia un sistema penitenciario más justo, humano y coherente con los principios constitucionales.

3. El segundo párrafo del artículo 8.º señala que ante el silencio del Minsalud y la Uspec respecto de la aprobación del manual operativo para la implementación del modelo, “se entenderá aprobado”. Esto dentro del plazo de 15 días que concede el acto administrativo.

Carece de sustento jurídico y técnico la excesiva facilidad con la que se pretende aprobar el manual operativo, cuando resulta indispensable que tanto el Ministerio de Salud como la USPEC ejerzan de manera efectiva sus competencias de revisión, evaluación y formulación de observaciones frente al modelo que se propone implementar. Permitir su aprobación sin un pronunciamiento expreso y previo de estas entidades desconoce el deber de control y vigilancia que les asiste, así como la responsabilidad institucional inherente a la garantía del derecho fundamental a la salud.

En tal sentido, resulta necesario modificar el artículo en cuestión, a fin de exigir que ambas entidades se pronuncien de forma obligatoria y que, una vez incorporados los ajustes y observaciones pertinentes, el modelo sea sometido a aprobación. Cualquier otra interpretación implicaría una indebida exoneración de responsabilidad de las entidades llamadas a salvaguardar el derecho a la salud de esta población, lo cual es incompatible con los principios de protección reforzada, corresponsabilidad y eficacia que orientan la función administrativa en esta materia

4. El artículo 8.º, numeral 8.1, establece que, una vez asignado el modelo de atención, la entidad deberá presentar en un plazo de 30 días el modelo operativo, incluyendo la caracterización de la población y la identificación de sus necesidades en salud. Sin embargo, dicho término resulta insuficiente para caracterizar a más de 100.000 personas con el rigor que exige un diagnóstico integral.

Por ello, se hace indispensable ampliar este plazo, no como una mera formalidad administrativa, sino como una garantía real de que cada individuo privado de la libertad reciba una atención ajustada a sus condiciones particulares. Solo un proceso detallado y responsable permitirá verificar las necesidades en salud de manera efectiva y, en consecuencia, diseñar políticas públicas coherentes con el mandato constitucional de protección de los derechos fundamentales. Ampliar el

término, entonces, no es un asunto de conveniencia, sino un imperativo para asegurar la dignidad y el bienestar de esta población.

5. La resolución no establece condiciones exigibles a la entidad que asumirá la operación del modelo, lo cual genera un vacío crítico en la garantía de calidad del servicio. Este aspecto resulta aún más relevante si se considera que la entidad ejecutora no solo debe cumplir con los presupuestos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), sino también demostrar capacidad operativa suficiente para atender de manera adecuada a la población privada de la libertad.

Se trata de un grupo que goza de especial protección por parte del Estado debido a su relación de sujeción, lo que convierte la ausencia de requisitos claros en una vulneración potencial de sus derechos fundamentales. Por ello, es indispensable que la normativa precise condiciones verificables y exigibles, de modo que se asegure la idoneidad de la entidad responsable y se evite que la operación del modelo se traduzca en una atención deficiente o desigual. Solo así se podrá garantizar un sistema penitenciario coherente con los principios constitucionales de dignidad, igualdad y protección efectiva.

6. Numeral 8.3. Los lineamientos operativos deberían tener que alinearse a los postulados establecidos por la OMS en cuanto a la presencia de médicos, enfermeras y odontólogos en los ERON. En ese sentido, la OMS indica que para asegurar una adecuada cobertura en salud a una población en general, se necesitan 23 profesionales por cada 10.000 habitantes, lo que debería tenerse en cuenta en este modelo que busca superar las barreras que vienen de tiempo atrás.

7. El numeral 8.9 tiene como propósito reducir los traslados de la población privada de la libertad (PPL), para lo cual contempla, entre otras medidas, la implementación de la telemedicina. Si bien esta alternativa puede contribuir a disminuir riesgos de seguridad y optimizar recursos logísticos, su formulación resulta insuficiente en la medida en que no todas las especialidades médicas son susceptibles de atención bajo esta modalidad, particularmente aquellas que

requieren valoración física directa, procedimientos diagnósticos o intervenciones presenciales.

Adicionalmente, la efectividad de la telemedicina depende de manera directa de la existencia de condiciones tecnológicas adecuadas, lo cual supone redes de conectividad estables, acceso continuo a internet y disponibilidad de infraestructura y equipos idóneos en los establecimientos de reclusión. La ausencia de un plan estratégico orientado a fortalecer estas capacidades técnicas compromete la viabilidad real de la medida y puede derivar en barreras de acceso a los servicios de salud, afectando la oportunidad, continuidad y calidad de la atención.

En ese sentido, la implementación de la telemedicina no puede asumirse como una solución general ni automática para la atención en salud de la PPL, sino que debe estar acompañada de una planificación integral que contemple las limitaciones clínicas del modelo, el fortalecimiento efectivo de las redes de conectividad y la adopción de medidas complementarias que garanticen la protección reforzada del derecho fundamental a la salud de esta población.

8. El numeral 8.11, al regular la gestión de solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y los mecanismos de participación en salud, constituye una propuesta relevante para el fortalecimiento de la garantía del derecho fundamental a la salud. No obstante, su alcance resulta incompleto si no se articula de manera expresa con estándares internacionales de derechos humanos, particularmente con el Protocolo de Estambul, que establece las directrices para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

La población privada de la libertad se encuentra en una relación de especial sujeción frente al Estado, lo que impone un deber reforzado de protección, prevención y detección temprana de posibles vulneraciones a la integridad física y mental. En este contexto, los mecanismos de queja y participación no pueden limitarse a canales administrativos ordinarios, sino que deben permitir la identificación, registro y tratamiento adecuado de denuncias relacionadas con presuntos malos tratos, negligencias médicas o afectaciones derivadas de condiciones de reclusión incompatibles con la dignidad humana.

La adhesión al Protocolo de Estambul permitiría dotar estos mecanismos de un enfoque técnico, independiente y especializado, orientado no solo a la recepción de las quejas, sino a su adecuada valoración, documentación médica y psicológica,

y eventual puesta en conocimiento de las autoridades competentes. De esta manera, se fortalecería la credibilidad, efectividad y enfoque de derechos de los procesos de atención de PQR, evitando la revictimización y contribuyendo a la prevención de prácticas contrarias a los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos reconocidos por Colombia.

En consecuencia, resulta necesario que el numeral 8.11 incorpore de manera explícita la obligación de ajustar estos mecanismos al Protocolo de Estambul, como garantía mínima para la protección integral de la salud e integridad de la población privada de la libertad y como expresión concreta del deber estatal de prevención, investigación y sanción de cualquier forma de trato cruel, inhumano o degradante.

9. Si bien la resolución menciona en todos sus apartados a los menores de tres años que residen con sus madres en los ERON, poco o nada menciona respecto de la atención diferencial que se les brindará, la implementación de un sistema con acciones afirmativas que proteja los derechos de los menores, adecuación de infraestructura para que residan con sus madres, pues han carecido de espacios adecuados para estar en óptimas condiciones.

Lo anterior, atendiendo al artículo 44 de la Constitución Política y a las consideraciones que en múltiples ocasiones ha realizado la Corte Constitucional respecto de este punto, resaltando la importancia que tiene permitir que los menores residan con sus progenitoras, pero sin que sea menos importante la protección integral de sus derechos, especialmente de la salud, debido a la vulnerabilidad de los menores de tres años y de los constantes controles y atenciones que requieren para garantizarles un crecimiento adecuado.

Análisis clínico y de salud pública

Gobernanza operativa y rendición de cuentas

La gobernanza operativa constituye el eje estructural sobre el cual se soporta la viabilidad del nuevo modelo. Aunque el proyecto normativo establece

componentes, roles generales y un proceso de transición, persiste una brecha crítica en la definición de cómo se materializan estas responsabilidades en la operación diaria. La experiencia documentada del modelo vigente evidencia que la existencia de autorizaciones no garantiza la prestación efectiva de los servicios, debido a fallas administrativas, fragmentación institucional y ausencia de mecanismos claros de exigibilidad.

En este contexto, la principal oportunidad de mejora radica en la construcción de un esquema de gobernanza que transforme los lineamientos generales en reglas operativas vinculantes. Esto implica definir con precisión quién es responsable de cada eslabón del proceso asistencial, desde la identificación de la necesidad en salud hasta la resolución del evento, incluyendo la asignación de citas, la gestión de traslados, la prestación del servicio, la entrega de medicamentos y el seguimiento posterior.

Adicionalmente, resulta indispensable establecer tiempos máximos de respuesta diferenciados según la prioridad clínica, así como mecanismos de escalamiento automático en caso de incumplimiento, que incluyan sanciones, sustitución de proveedores o activación de alternativas como la telemedicina. Este enfoque debe complementarse con sistemas de trazabilidad que permitan auditar en tiempo real el cumplimiento de los procesos y con esquemas de transparencia que hagan visible el desempeño de los actores involucrados.

Sin este nivel de especificación operativa, el modelo corre el riesgo de reproducir las fallas estructurales del esquema anterior, manteniendo la fragmentación y la ineficiencia, con impacto directo en la oportunidad, continuidad y calidad de la atención.

Cartera mínima de servicios y resolutivead intramural

La meta de alcanzar una resolutivead intramural cercana al 70% representa uno de los elementos más ambiciosos del nuevo modelo, pero también uno de los más vulnerables si no se acompaña de definiciones operativas claras. En ausencia de una cartera mínima de servicios explícita y exigible por categoría de UAP, la resolutivead se convierte en un indicador difícil de medir y potencialmente sujeto a interpretaciones heterogéneas.

La operacionalización de esta meta requiere, en primer lugar, definir de manera detallada qué servicios deben estar disponibles en cada tipo de UAP, incluyendo consultas, procedimientos, apoyo diagnóstico y terapéutico. Esta definición debe ir acompañada de estándares de talento humano que aseguren la disponibilidad de personal suficiente y competente, así como de dotación biomédica y farmacéutica acorde con las necesidades de la población.

En segundo lugar, es necesario establecer mecanismos de monitoreo que permitan evaluar el cumplimiento de esta cartera mínima, utilizando los sistemas de información disponibles para verificar la producción de servicios, la disponibilidad de insumos y la oportunidad de la atención. Esto incluye la medición de indicadores como la proporción de eventos resueltos intramuralmente, las tasas de remisión evitables y los tiempos de atención.

En tercer lugar, la estructura contractual y los incentivos financieros deben alinearse con este objetivo, de manera que se promueva la resolución efectiva y segura de los problemas de salud dentro de los establecimientos, evitando tanto la sobre-remisión como la retención inapropiada de casos que requieren atención especializada.

Finalmente, es importante reconocer que la resolutivez no puede evaluarse únicamente en términos de volumen de servicios, sino que debe incorporar criterios de calidad, seguridad del paciente y resultados en salud, evitando que la presión por cumplir metas cuantitativas genere prácticas clínicas inadecuadas.

Sistema de referencia, contrarreferencia y telemedicina

El sistema de referencia y contrarreferencia constituye uno de los principales cuellos de botella en la atención en salud de la población privada de la libertad, debido a la interacción compleja entre factores clínicos, logísticos y de seguridad. Aunque el nuevo modelo establece lineamientos generales para este proceso, persiste una brecha significativa en la definición de estándares de desempeño y en la gestión de contingencias.

Una de las principales oportunidades de mejora consiste en la estandarización de tiempos máximos de atención según la prioridad clínica, diferenciando claramente entre eventos urgentes, prioritarios y programados. Esta clasificación debe estar

respaldada por criterios clínicos objetivos y por sistemas de registro que permitan hacer seguimiento al cumplimiento de estos tiempos.

Adicionalmente, es fundamental incorporar de manera sistemática la telemedicina como una herramienta de primera línea en aquellos casos en los que sea clínicamente apropiada. Esto no solo permite mejorar la oportunidad de la atención, sino que reduce la dependencia de traslados físicos, los cuales están sujetos a restricciones de seguridad, disponibilidad de escoltas y condiciones logísticas.

El fortalecimiento de este componente también requiere la implementación de rutas de contingencia claramente definidas, que permitan responder a situaciones en las que no es posible realizar un traslado oportuno, garantizando alternativas de atención que minimicen el riesgo para el paciente. Asimismo, es necesario asegurar que todo proceso de referencia vaya acompañado de una contrarreferencia efectiva, que incluya un plan terapéutico claro y la entrega oportuna de medicamentos.

Finalmente, la integración de este sistema con los mecanismos de información y trazabilidad es clave para garantizar la continuidad del cuidado, especialmente en contextos de traslados entre establecimientos o egresos al medio extramural.

Calidad habilitante de las UAP: criterios de funcionamiento y cierre de brechas

La definición de criterios de habilitación y funcionamiento de las Unidades de Atención Primaria (UAP) constituye un elemento crítico para garantizar condiciones mínimas de calidad y seguridad del paciente en el entorno intramural. El proyecto reconoce explícitamente que estos criterios serán definidos por el Ministerio de Salud, lo que introduce un vacío operativo relevante durante la fase de transición, en la que se contemplan soluciones transitorias como áreas de paso, atención en celdas o brigadas extramurales.

El principal riesgo asociado a esta situación es la normalización de condiciones provisionales como estándares de operación, lo que puede perpetuar entornos clínicos inadecuados desde la perspectiva de bioseguridad, privacidad, continuidad del cuidado y manejo de eventos adversos. En este contexto, la oportunidad de

mejora radica en acelerar la expedición de criterios habilitantes específicos para el contexto penitenciario, que no solo repliquen estándares generales del sistema de salud, sino que incorporen las particularidades de seguridad, infraestructura y perfil epidemiológico de la población privada de la libertad.

Adicionalmente, estos criterios deben acompañarse de un plan estructurado de cierre de brechas, priorizado según riesgo en salud y seguridad del paciente, que incluya intervenciones en infraestructura física, dotación biomédica, condiciones de almacenamiento de medicamentos, áreas de aislamiento clínico y capacidades de atención en salud mental. Este proceso debe estar articulado con mecanismos de auditoría clínica y sistemas de reporte de eventos adversos, de manera que la mejora de la calidad no dependa exclusivamente del cumplimiento normativo, sino de un ciclo continuo de evaluación y ajuste basado en evidencia.

Gobierno de datos e interoperabilidad de los sistemas de información

El fortalecimiento del gobierno de datos representa un componente transversal para la efectividad del modelo, en la medida en que la toma de decisiones clínicas, operativas y de política pública depende de la disponibilidad, calidad e integración de la información. La adopción de SALUD 360 como sistema obligatorio constituye un avance significativo; sin embargo, su impacto real dependerá de su capacidad de interoperar con otros sistemas críticos, particularmente SISIPEC y las plataformas nacionales de vigilancia y aseguramiento.

La principal oportunidad de mejora consiste en garantizar una integración efectiva que permita la continuidad de la información clínica a lo largo del ciclo de atención, incluyendo ingresos, traslados y egresos. Esto implica no solo la interoperabilidad técnica entre sistemas, sino también la definición de estándares de calidad de datos, estructuras de codificación homogéneas y mecanismos de validación que eviten inconsistencias, duplicidades o pérdida de información.

De manera complementaria, resulta indispensable fortalecer los esquemas de gobernanza del dato, incluyendo la definición de roles y perfiles de acceso, la trazabilidad de modificaciones en los registros y la implementación de medidas robustas de seguridad de la información. Esto es particularmente relevante en el contexto penitenciario, donde la confidencialidad de la información clínica es un componente esencial del derecho a la salud y de la independencia del acto médico.

Finalmente, el sistema de información debe ser concebido no solo como una herramienta de registro, sino como un instrumento de gestión y monitoreo, que permita generar alertas tempranas, identificar brechas en la atención y soportar procesos de auditoría y mejora continua.

Programa integral de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas

La salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas representan una de las cargas de enfermedad más relevantes en la población privada de la libertad, con implicaciones directas en la morbilidad, la violencia intramural, el riesgo de suicidio y la reincidencia. Aunque el nuevo modelo incorpora estos componentes como prioridades, su efectividad dependerá de la capacidad de traducir los lineamientos en rutas operativas concretas y sostenibles.

Una oportunidad clave de mejora consiste en estructurar un modelo escalonado de atención que articule la atención primaria con servicios especializados, garantizando la detección temprana mediante tamizajes periódicos, la intervención oportuna en casos leves y moderados, y el acceso efectivo a servicios de mediana y alta complejidad para casos severos. Este modelo debe incluir rutas de atención en crisis disponibles de manera permanente, con protocolos claros para la gestión de situaciones como ideación suicida, intentos de suicidio, episodios psicóticos o síndrome de abstinencia.

Adicionalmente, es fundamental garantizar la continuidad del cuidado más allá del entorno intramural, mediante la articulación con redes territoriales de salud al

momento del egreso, asegurando la entrega de medicamentos, la programación de citas de seguimiento y el acompañamiento psicosocial. La ausencia de esta continuidad constituye una de las principales causas de recaída y descompensación clínica.

Este componente debe complementarse con estrategias de reducción de estigma, formación del talento humano en salud mental y la incorporación de indicadores de resultado que permitan evaluar el impacto de las intervenciones, más allá de la cobertura de servicios.

Enfoque diferencial y de género con implementación verificable

La incorporación del enfoque diferencial y de género en el modelo representa un avance conceptual importante; sin embargo, su impacto dependerá de su operacionalización en intervenciones concretas, medibles y verificables. La experiencia previa muestra que la existencia de lineamientos generales no garantiza su implementación efectiva, especialmente en contextos institucionales con limitaciones de recursos y alta presión operativa.

En este sentido, la oportunidad de mejora radica en la definición de paquetes de servicios específicos para poblaciones con necesidades particulares, incluyendo gestantes, mujeres lactantes, personas con identidades de género diversas y niñez conviviente. Estos paquetes deben contemplar no solo la atención clínica, sino también condiciones de infraestructura, trato humanizado, acceso a servicios de salud mental y mecanismos de protección frente a violencias basadas en género.

Asimismo, es necesario establecer sistemas de registro que permitan identificar y hacer seguimiento a estas poblaciones, garantizando la desagregación de la información y la trazabilidad de las intervenciones. Esto debe complementarse con procesos de formación del personal en enfoque diferencial y con mecanismos de supervisión que aseguren el cumplimiento de estándares de atención.

La articulación intersectorial también resulta clave en este componente, particularmente en lo relacionado con la atención a la niñez conviviente y la garantía de derechos en etapas críticas como el embarazo, el parto y el posparto.

Cadena de suministro farmacéutico y trazabilidad

El acceso oportuno y continuo a medicamentos constituye un determinante crítico de la calidad de la atención en salud, y uno de los principales puntos de falla identificados en el modelo vigente. La persistencia de desabastecimientos no solo afecta la efectividad clínica de las intervenciones, sino que incrementa el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones y litigiosidad.

La principal oportunidad de mejora en este ámbito consiste en la implementación de un sistema integral de gestión de la cadena de suministro, que incorpore herramientas de trazabilidad en tiempo real, desde la prescripción hasta la dispensación. Esto implica la integración de los módulos de inventario en SALUD 360 con sistemas de alerta temprana que permitan identificar riesgos de desabastecimiento y activar mecanismos de respuesta oportuna.

Adicionalmente, es necesario fortalecer los procesos de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, incluyendo el manejo de medicamentos de control especial bajo esquemas como la unidosis, que permitan mejorar la seguridad y reducir riesgos de desviación. Este proceso debe estar acompañado de auditorías periódicas y de indicadores de desempeño que permitan evaluar la disponibilidad y oportunidad en la dispensación.

Finalmente, la gestión de la cadena de suministro debe articularse con la toma de decisiones clínicas y operativas, de manera que la disponibilidad de medicamentos no dependa exclusivamente de procesos administrativos, sino que responda a las necesidades reales de la población.

Vigilancia en salud pública y respuesta a brotes

El entorno penitenciario presenta condiciones estructurales que favorecen la transmisión de enfermedades infecciosas, como el hacinamiento, la limitada ventilación y las dificultades para implementar medidas de aislamiento. En este contexto, la vigilancia en salud pública adquiere un rol fundamental para la detección temprana y el control de brotes.

Aunque el modelo asigna responsabilidades en términos de reporte a SIVIGILA y funcionamiento como UPGD, la efectividad de estas disposiciones dependerá de su implementación operativa. La oportunidad de mejora radica en fortalecer las capacidades locales de vigilancia, incluyendo la formación del personal, la disponibilidad de herramientas diagnósticas y la articulación con autoridades sanitarias territoriales.

Asimismo, es fundamental garantizar condiciones adecuadas de saneamiento básico, acceso a agua potable y manejo de residuos, como componentes esenciales para la prevención de enfermedades. En el caso de los aislamientos clínicos, se debe asegurar que estos se realicen bajo criterios estrictamente sanitarios, evitando su uso como medida punitiva, en línea con estándares internacionales.

El fortalecimiento de este componente debe incluir la definición de protocolos claros de respuesta a brotes, tiempos de notificación y mecanismos de coordinación interinstitucional, así como indicadores que permitan evaluar la oportunidad y efectividad de las intervenciones.

Sistema de monitoreo, evaluación y mejora continua

La consolidación de un sistema robusto de monitoreo y evaluación es esencial para garantizar la sostenibilidad del modelo y su capacidad de adaptación. Aunque el proyecto contempla mecanismos como el COSAD y el uso de sistemas de información para seguimiento, persiste el riesgo de que estos se conviertan en ejercicios formales sin impacto real en la gestión.

La oportunidad de mejora consiste en definir un conjunto mínimo de indicadores comparables, alineados con los objetivos del modelo y con estándares internacionales, que permitan evaluar de manera objetiva el desempeño en áreas críticas como acceso, continuidad, calidad, salud mental y disponibilidad de medicamentos. Estos indicadores deben integrarse en tableros de control accesibles a los diferentes niveles de gestión, facilitando la toma de decisiones basada en evidencia.

Adicionalmente, es fundamental establecer un ciclo de mejora continua que articule la identificación de brechas, la formulación de planes de mejora, su implementación y la evaluación de resultados. Este proceso debe estar respaldado por auditorías clínicas periódicas y por mecanismos de rendición de cuentas que incluyan la publicación de resultados y la participación de actores externos.

Finalmente, el sistema de monitoreo debe incorporar mecanismos seguros de reporte de quejas y eventos adversos, garantizando la protección de los usuarios y del personal de salud, y promoviendo una cultura institucional orientada a la mejora de la calidad y la garantía de derechos.

Sobre salud mental y conducta suicida en población privada de la libertad

Se sugiere fortalecer el componente de salud mental del modelo desde una perspectiva preventiva, estructural y no exclusivamente reactiva. Si bien resulta pertinente articular rutas de respuesta inmediata frente a la conducta suicida, la evidencia internacional ha mostrado que el suicidio y el deterioro de la salud mental en contextos de privación de la libertad no dependen únicamente de factores clínicos individuales, sino también de condiciones propias del entorno penitenciario, tales como el aislamiento, la violencia, el acoso, la ruptura de vínculos, la incertidumbre, la falta de actividades significativas, la discontinuidad del cuidado y las transiciones críticas como el ingreso, los traslados y el egreso. La OMS ha recomendado que la prevención del suicidio en cárceles incorpore, además de la atención clínica, medidas sobre el ambiente institucional, las relaciones entre personal y personas privadas de la libertad, la identificación temprana del riesgo y la continuidad del acompañamiento.

En ese sentido, sería recomendable que la resolución no se limite a la respuesta ante la crisis, sino que incorpore de manera explícita medidas de prevención ambiental e institucional del riesgo, incluyendo la evaluación periódica de factores contextuales que afectan la salud mental, el fortalecimiento de apoyos psicosociales, la continuidad de tratamientos en salud mental, la capacitación del personal para la detección temprana y el abordaje oportuno, así como estrategias de cuidado durante momentos de especial vulnerabilidad. Asimismo, se considera pertinente valorar la articulación expresa con la Resolución 347 de 2026, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó lineamientos para la detección temprana, atención inmediata y seguimiento de personas en riesgo en el marco del denominado Código Dorado, lo cual podría fortalecer la coherencia normativa y operativa del modelo frente a la conducta suicida.

Sobre los niños y niñas menores de tres años que conviven con sus madres en establecimientos de reclusión

Se recomienda reforzar el tratamiento de los niños y niñas menores de tres años como sujetos de especial protección constitucional, incorporando de manera más explícita su bienestar psicosocial, salud mental temprana y desarrollo integral. La

evidencia internacional y los estándares de derechos humanos indican que, aunque la convivencia con la madre puede ser protectora en ciertos casos, la permanencia de niños y niñas en entornos de detención exige salvaguardas reforzadas, evaluación individualizada del interés superior del niño y condiciones lo más cercanas posible a las que tendrían fuera del entorno penitenciario. UNICEF ha advertido que los niños que viven con cuidadores privados de la libertad pueden quedar en una situación de invisibilidad institucional y que su bienestar depende no solo del acceso a servicios básicos, sino también de la calidad del entorno cotidiano, la protección frente a la violencia, la estimulación temprana y el acompañamiento en transiciones críticas. En la misma línea, las Reglas de Bangkok disponen que estos niños deben recibir seguimiento continuo de su desarrollo y condiciones adecuadas para su crecimiento.

Adicionalmente, la literatura sobre desarrollo infantil temprano ha mostrado que la exposición a estrés intenso, frecuente o prolongado, especialmente cuando no existe una relación protectora que amortigüe sus efectos, puede afectar el desarrollo cerebral, emocional y conductual a lo largo del curso de vida. En este marco, cobra especial relevancia la salud mental materna y la calidad de la interacción madre-hijo. El distrés psicológico materno sostenido puede afectar el vínculo temprano, la regulación emocional y el desarrollo socioemocional del niño o niña, con posibles repercusiones posteriores en habilidades relacionales y de cognición social. Por ello, se considera importante que la resolución no reduzca la atención de esta población a controles biomédicos o de crecimiento y desarrollo, sino que incorpore de manera expresa acciones orientadas a: i) la valoración periódica del desarrollo socioemocional, ii) el cuidado de la salud mental materna, iii) el fortalecimiento del vínculo temprano, iv) la generación de entornos protectores, seguros y estimulantes, y v) la articulación con servicios de primera infancia y protección social, con el fin de prevenir efectos acumulativos sobre el bienestar y la salud mental en etapas posteriores del curso de vida.

Hoja de ruta de implementación

La implementación del nuevo modelo de atención en salud para la población privada de la libertad se plantea normativamente en un horizonte de transición máximo de seis meses, incluyendo fases de alistamiento institucional, puesta en marcha y operación total. Si bien esta definición establece un marco temporal

claro, la complejidad estructural del modelo, la multiplicidad de actores involucrados y las brechas operativas identificadas sugieren que dicho horizonte puede resultar exigente frente a la magnitud de los ajustes requeridos.

El proceso de implementación debe iniciar con una fase de fortalecimiento de la gobernanza operativa, orientada a la definición de reglas claras de funcionamiento, instrumentos de coordinación interinstitucional y mecanismos de resolución de conflictos. Esta etapa implica la construcción y adopción de manuales operativos y técnico-administrativos que traduzcan los lineamientos generales del modelo en procedimientos concretos, así como la instalación de instancias de seguimiento que permitan gestionar desviaciones desde etapas tempranas.

De manera paralela, se requiere un proceso estructurado de adecuación de la prestación intramural, centrado en las Unidades de Atención Primaria (UAP). Este proceso debe partir de un diagnóstico detallado de brechas por categoría de establecimiento, incluyendo infraestructura, dotación, talento humano y disponibilidad de medicamentos. A partir de este diagnóstico, se debe avanzar en la definición de carteras mínimas de servicios y en la implementación progresiva de estas capacidades, priorizando aquellos establecimientos con mayores riesgos en términos de acceso y calidad de la atención.

El fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia constituye otro componente crítico de la hoja de ruta. Esto implica no solo la definición de estándares de tiempos y rutas de atención, sino también la consolidación de acuerdos operativos con la red prestadora extramural, tanto pública como privada. En este contexto, la telemedicina debe ser incorporada de manera sistemática como herramienta para mejorar la oportunidad de la atención y reducir la dependencia de traslados físicos, particularmente en entornos con restricciones de seguridad.

En el componente de información y trazabilidad, la implementación requiere el despliegue efectivo del sistema SALUD 360, acompañado de procesos de

capacitación del talento humano y de la integración progresiva con otros sistemas relevantes, como SISIEP. Este proceso debe incluir la definición de estándares de calidad de datos, mecanismos de validación y esquemas de interoperabilidad que permitan garantizar la continuidad de la información clínica.

De igual forma, la hoja de ruta debe contemplar el fortalecimiento de componentes prioritarios como la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y el enfoque diferencial. Esto implica la implementación de tamizajes estandarizados, la estructuración de rutas de atención en crisis, la ampliación de la oferta de servicios especializados y la definición de paquetes de atención específicos para poblaciones con necesidades particulares, como gestantes, mujeres lactantes y niñez conviviente.

Finalmente, la implementación del modelo debe estar acompañada de un componente robusto de calidad, auditoría y mejora continua. Esto incluye la definición de criterios de habilitación de las UAP, la puesta en marcha de sistemas de auditoría clínica y el funcionamiento efectivo de instancias como el COSAD, con capacidad para identificar brechas, formular planes de mejora y hacer seguimiento a su cumplimiento. En conjunto, estos elementos configuran una hoja de ruta que, más allá del cumplimiento formal de un cronograma, requiere un proceso sostenido de consolidación institucional y ajuste progresivo del modelo.

Marco de monitoreo y evaluación

El marco de monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para la población privada de la libertad constituye un componente esencial para garantizar su efectividad, sostenibilidad y capacidad de adaptación. Aunque el modelo contempla mecanismos de seguimiento apoyados en sistemas de información y en instancias como el COSAD, su impacto dependerá de la forma en que estos instrumentos se articulen en un sistema coherente, orientado a la toma de decisiones y a la mejora continua.

Un elemento central de este marco es la definición de un conjunto de indicadores que permitan evaluar el desempeño del modelo en dimensiones clave como acceso, oportunidad, continuidad, calidad de la atención, salud mental, disponibilidad de medicamentos y enfoque diferencial. Estos indicadores deben ser comparables entre establecimientos, sensibles a cambios en el desempeño y alineados con estándares nacionales e internacionales, de manera que permitan no solo el seguimiento interno, sino también la rendición de cuentas.

La fuente principal de información para este sistema debe ser SALUD 360, complementada con otros registros institucionales y sistemas de reporte, como los asociados a vigilancia en salud pública y gestión de quejas. Para que esta información sea útil, es indispensable garantizar su calidad, oportunidad y completitud, mediante procesos de validación, auditoría y capacitación del personal encargado del registro.

El monitoreo del modelo debe incorporar una periodicidad que permita identificar de manera oportuna desviaciones en el desempeño, particularmente en aspectos críticos como la oportunidad de la atención intramural, los tiempos de referencia, la continuidad del tratamiento, la disponibilidad de medicamentos y la ocurrencia de eventos adversos. Esta información debe ser sistematizada en tableros de control que faciliten su análisis por parte de los diferentes niveles de gestión, desde los operadores hasta las instancias de regulación y control.

Un componente clave del marco de evaluación es la articulación con procesos de auditoría clínica y con el funcionamiento del COSAD, de manera que los hallazgos identificados se traduzcan en planes de mejora concretos, con responsables definidos, metas claras y mecanismos de seguimiento. Este ciclo de mejora continua debe evitar la acumulación de hallazgos sin cierre, promoviendo una cultura institucional orientada a la resolución efectiva de problemas.

Adicionalmente, el sistema de monitoreo debe incorporar mecanismos de transparencia y participación, incluyendo la publicación de resultados agregados y la existencia de canales seguros para la presentación de quejas, reclamos y

reportes de eventos adversos. Estos mecanismos son fundamentales para fortalecer la confianza institucional y para garantizar que las personas privadas de la libertad puedan ejercer su derecho a la salud sin temor a represalias.

Finalmente, el marco de evaluación debe contemplar momentos específicos de análisis integral del desempeño del modelo, que permitan valorar no solo el cumplimiento de indicadores operativos, sino también su impacto en resultados en salud, tales como la reducción de eventos evitables, la mejora en la continuidad del cuidado, el control de enfermedades transmisibles y los resultados en salud mental. Este enfoque integral es necesario para asegurar que el monitoreo no se limite a una verificación administrativa, sino que contribuya efectivamente a la garantía del derecho a la salud en esta población.

ID	Norma técnica	Indicador	Tipo de indicador	Fórmula de cálculo	Pregunta del cuestionario	Opciones de respuesta	Formulario	Comentarios
1		CARACTERIZACIÓN GENERAL			EDAD SEXO SE IDENTIFICA COMO UNA PERSONA TRANS? ESTA AFILIADO A UNA EPS - CUAL Ha sido diagnosticado(a) con alguna de las siguientes enfermedades (incluir en una sola pregunta todos los eventos a vigilar) - VIH / SIDA - HTA - Diabétes - Cáncer - Algún trastorno de salud mental (depresión, ansiedad, esquizofrenia u otro) - Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas - Tuberculosis		1. personas	
2		CARACTERIZACIÓN GENERAL			Cantidad de PPL en la institución Según sexo de nacimiento: Mujeres, Mujeres de 25 - 50; de 50 a 69; mayores de 69 Hombres, Hombres mayores de 50 Cantidad de afiliados por EPS y régimen Ingresos en los últimos 12 meses		1. personas	

3	SALUD ECI Toda la población privada de la libertad, al ingresar al penal debe contar con un examen integral (físico, psicológico y psiquiátrico) sobre su estado de salud	Examen médico de ingreso oportuno (dentro de las primeras 72 horas)	Gestión del Riesgo	(# ingresos con examen médico integral en ≤72h / # ingresos en el periodo) * 100	1. De las personas que ingresaron durante los últimos 12 meses, ¿a cuántas se les realizó examen médico integral dentro de las 72 horas siguientes al ingreso? 2. Ha usted le realizaron examen médico al ingreso a la institución Cuanto tiempo después del ingreso le realizaron el examen médico	1. Administración 2. Personas	
---	---	---	--------------------	--	---	----------------------------------	--

4	Auto 065 de 2023 CC Indicador No 5	Porcentaje de población privada de la libertad que presentó una atención inicial de urgencias dentro de las 24 horas.	Oportunidad	Número de personas privadas de la libertad que recibieron atención inicial de urgencias dentro de las primeras 24 horas / Número de personas privadas de la libertad que requirió atención inicial de urgencias * 100	1. En los últimos 12 meses cuántas personas de las que requirieron atención de urgencias recibieron atención inicial en las primeras 24 horas. Cuáles fueron los principales inconvenientes para que no recibieran esta atención - Falta de profesionales disponibles en la institución - Falta de equipos o infraestructura en la institución - No se pudieron hacer los traslados (por temas de seguridad o falta de personal por ejemplo) - No había red de emergencias disponible 2. Usted o alguna otra persona que ud conozca tuvo una urgencia médica en los últimos 6 meses? Conoce si fue atendida en las primeras 24 horas? Si no fue así, por qué no fue atendida oportunamente? - No había personal de sanidad disponible para atenderlo - No se pudo hacer la referencia a un servicio de salud - No habían insumos, equipos, medicamentos o un lugar para atenderlo dentro del penal - El personal de seguridad o de sanidad desestimó el caso y se demoró en darle trámite - Habían condiciones por las que no se podía prestar la atención, por ejemplo riesgos de seguridad - Otra, ¿Cuál?	1. Administración 2. Personas	
---	--	---	-------------	---	--	-------------------------------------	--

5	Auto 065 de 2023 CC Indicador No 2	Porcentaje de personas privadas de la libertad que han tenido al menos una cita de medicina general en el último año	Acceso	Número de personas privadas de la libertad que han tenido al menos una cita de medicina general en el último año / Número de personas privadas de la libertad intramural a mitad de periodo* 100	1. Cuántas personas han tenido al menos una consulta de medicina general en el último año 2. En el último año recibió por lo menos 1 cita de medicina general?		1. Administración 2. Personas	
6	Auto 065 de 2023 CC Indicador No 3	Porcentaje de consultas en odontología realizadas por un odontólogo calificado en el establecimiento máximo a los 3 días hábiles de la solicitud.	Oportunidad / Urgencias	Número de consultas en odontología realizadas por un odontólogo calificado en el establecimiento máximo a los 3 días hábiles de la solicitud / Número de consultas en odontología requeridas en el establecimiento por la población privada de la libertad a mitad de periodo* 100	1. Cuántas personas han reportado casos de dolor u otra alteración en la salud oral en el último año Cuántas de estas personas recibieron atención por odontología máximo 3 días luego de manifestar su padecimiento 2. Ha tenido dolor o otra alteración en la salud oral en el último año Ha solicitado atención Lo ha visto un(a) odontólogo(a) Le han realizado el tratamiento requerido		1. Administración 2. Personas	

7	Resolución 256 de 2016	Oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada: Tiempo promedio en días calendario entre la solicitud de la cita por medicina general y la asignación efectiva de la consulta con especialista.	Oportunidad	Tiempo promedio=total de citas asignadas Σ (fecha de cita-fecha de solicitud) Desagregado por régimen de afiliación, tipo de especialidad, Nivel de riesgo	1. ¿cuál fue el tiempo promedio de asignación de citas efectivas de las consultas de especialista? Desagregue por tipo de especialidad, nivel de riesgo y régimen de afiliación. 2. Después de recibir la última orden de medicina especializada, ¿cuánto tiempo pasó hasta recibir efectivamente el servicio? ¿Usted experimentó inconvenientes en los últimos 6 meses para recibir atención médica especializada que le haya sido ordenada? ¿Qué tipo de inconvenientes tuvo?	1. Administración 2. Personas	No hay un estándar, en el tiempo de oportunidad de las citas de especialista, la espera de 90 días es excesiva, el estándar se determina por el criterio de riesgo . Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) Establece que los servicios deben prestarse con: oportunidad continuidad calidad integralidad El criterio de oportunidad se evalúa según necesidad clínica. Consulta especializada prioritaria: idealmente ≤ 15 días Consulta especializada programada: generalmente entre 15 y 30 días Casos con riesgo clínico alto inmediatamente
---	------------------------	---	-------------	---	---	----------------------------------	---

8	Auto 065 de 2023 CC Indicador No 4	Porcentaje de medicamentos suministrados conforme a lo establecido en la prescripción generada a favor de la población privada de la libertad dentro de las 48 horas siguientes a la emisión de la orden.	Oportunidad / Medicamentos	Número de medicamentos suministrados conforme a lo establecido en la prescripción generada a favor de la población privada de la libertad dentro de las 48 horas / Número de medicamentos solicitados por la población privada de la libertad * 100	1. De la cantidad de medicamentos ordenados a la PPL cuántos se entregaron dentro de las 48 horas siguientes. Desagregue la información por régimen de afiliación ¿Se han presentado inconvenientes en el último trimestre para garantizar entrega oportuna de medicamentos a personas privadas de la libertad con fórmula médica? 2. ¿En los últimos 6 meses usted recibió una receta de medicamentos? Después de recibir la última receta de medicamentos, ¿cuánto tiempo pasó hasta recibir efectivamente los medicamentos? Que tipo de inconvenientes tuvo para recibir los medicamentos que requería - Ninguna - Nunca le entregaron la orden - Le entregaron incompleto - La entrega se demoró más de 48 horas - Le ordenaron lo que no necesitaba - Otra ¿Cuál?	1. Administración 2. Personas	No medir la entrega de medicamentos en 72 horas, según auto de la corte el estándar es 48 horas después de la emisión de orden
9	RIA promoción y mantenimiento de la salud / adultez	Proporción de adultos tamizados para detección de alteraciones en salud mental en las 72 horas siguientes al ingreso	Acceso / Gestión del Riesgo	No de PPL que se realiza examen del estado mental (MSE) de acuerdo a las guías MHgap en las 72 horas siguientes a su ingreso/ total de PPL a mitad de periodo * 100	1. Número de personas que se les realizó examen del estado mental como parte del examen de ingreso en el último año Número de exámenes realizados en las 72 horas posteriores al ingreso en el último año 2. En el ingreso le realizaron examen de la salud mental	1. Administración 2. Personas	
10	OMS Salud Mental 2013-2030	Cobertura de tratamiento para trastornos mentales	Efectividad / Resultados en salud	(# personas en tratamiento / total con trastorno mental) *100	1. Cuántas personas tienen algún tipo de trastorno de la salud mental diagnosticado? ¿Cuántas personas diagnosticadas con algún trastorno de la salud mental reciben tratamiento actualmente?	Número	Administración

11	GI-mhGAP	Inicio oportuno de tratamiento en salud mental	Oportunidad	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento Tiempo promedio=total de tratamientos prescritos Σ (fecha de inicio-fecha de prescripción)	1. ¿Cuanto tiempo transcurrió desde el diagnóstico de condición mental hasta el inicio del tratamiento? 2. (si informó de dx en salud mental) Está recibiendo algún tratamiento para su dx de salud mental?	Número	1. Administración 2. Personas	
12	Ruta Integral de atención de Consumo de Sustancias SPA	Proporción de pacientes que reciben tratamiento por consumo de sustancias	Efectividad / Resultados en salud	# personas en tratamiento /total de pacientes diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas *100	1. cuantas personas están diagnosticadas por consumo de SPA. Cuántas se encuentran en tratamiento 2. Consume SPA?, Ha recibido algún tipo de asesoría o tratamiento en los últimos 3 meses?		1. Administración 2. Personas	
13	Ruta Integral de atención de Consumo de Sustancias SPA	Proporción de pacientes con disminución de severidad	Efectividad / Resultados en salud	# de personas que se dx una reducción de la severidad/ total de pacientes con tratamiento por consumo de sustancias *100	1. De las PPL que están en tratamiento de SPA cuántas han logrado reducir la severidad		1. Administración	
14	OMS Salud Mental 2013-2030	Prevalencia de depresión	Efectividad / Resultados en salud	# casos diagnosticados con depresión / población total a mitad de periodo *100	2. ¿Ha sido diagnosticado con depresión?	Sí / No	Personas	
15	OMS Salud Mental 2013-2030	Intentos de suicidio	Efectividad / Resultados en salud	# intentos de suicidio / población total a mitad de periodo *100	1. ¿Cuántos intentos de suicidio tuvieron en el último año?	Sí / No	Administración	
16	OMS Salud Mental 2013-2030	Tasa de suicidio	Efectividad / Resultados en salud	# muertes por suicidio / población total a mitad de periodo *100.000	1. ¿Cuántas personas fallecieron por suicidio en el último año?	Número	Administración	

17	Protocolo de Estambul	Proporción de personas que sufrieron algún tipo de violencia que requirió atención médica (exceptuando las VBG) y recibieron atención de acuerdo a sus necesidades	Oportunidad/acceso/ Malos tratos	No de personas que sufrieron alguna violencia que requirió atención médica y recibieron atención conforme a sus necesidades / total de personas que sufrieron alguna violencia *100.	1. Cuantos casos de violencia se han presentado en el establecimiento que requirieron atención médica Cuanto casos obtuvieron valoración médica de forma oportuna (menos de 24 h) Cuantos casos fueron tratados de forma integral (valoración, documentación, tratamiento, protección) Cuántos casos requirieron activación de mecanismos de protección 2. En su estadía en la institución ha sido víctima de alguna situación de violencia que requiriera atención médica Obtuvo atención médica? - El personal médico hizo a evaluación integral (física y mental). - El personal médico realizó un registro detallado de su relato, así como de las lesiones físicas y síntomas psicológicos compatibles con la violencia sufrida. - El personal médico realizó tratamiento de lesiones físicas, atención en salud mental, manejo del dolor y seguimiento según las necesidades de cuidado. - El profesional médico activó otros mecanismos de protección si requería el caso	1. Administración 2. Personas	
----	-----------------------	--	-------------------------------------	--	---	---	--

18	Protocolo de Estambul	Proporción de personas No de personas (mujeres y personas con orientación sexual o Identidad de género no hgemónica OSIGNH) que sufrieron alguna violencia de Género y recibieron atención conforme a sus necesidades / total de personas que sufrieron alguna VBG.que sufrieron algún tipo de violencia de género y recibieron atención de acuerdo a sus necesidades	Oportunidad/acceso/ Malos tratos / Género	No de personas (mujeres y personas con orientación sexual o Identidad de género no hgemónica OSIGNH) que sufrieron alguna violencia de Género y recibieron atención conforme a sus necesidades / total de personas que sufrieron alguna VBG.	1. Cuantos casos de violencia de género contra mujeres y personas con orientación sexual o Identidad de género no hgemónica OSIGNH) recibieron atención conforme a sus necesidades / total de personas que sufrieron alguna VBG.se han presentado en los últimos 6 meses (incluye violencia física, psicológica, sexual u otra relacionada con la orientación sexual, sexo, identidad de género) Cuanto casos obtuvieron valoración médica de forma oportuna (menos de 24 h) Cuantos casos fueron tratados de forma integral (valoración, documentación, tratamiento, protección) Cuántos casos requirieron activación de mecanismos de protección 2. Ha sufrido alguna forma de violencia relacionada con su orientación sexual, sexo, identidad de género. Le brindaron apoyo en salud, tal como apoyo psicosocial, médico u otro que requiriera? La atención fue oportuna, considerada, suficiente y acorde a sus necesidades? - El personal médico hizo a evaluación integral (física y mental). - El personal médico realizó un registro detallado de su relato, así como de las lesiones físicas y síntomas psicológicos compatibles con la violencia sufrida. - El personal médico realizó tratamiento de lesiones físicas, atención en salud mental, manejo del dolor y seguimiento según las necesidades de cuidado. - El profesional médico activó otros mecanismos de protección si requería el caso	1. Administración 2. Personas	
----	-----------------------	---	--	---	--	---	--

19	Ruta Violencias Basadas en Género	Proporción de personas que obtuvieron atención de urgencia por casos de violencia sexual antes de las 72 horas	Efectividad / Resultados en salud	# de víctimas de violencia sexual que obtienen atención antes de las 72 horas / Total de personas que reportan violencia sexual*100	1. Cuantas personas han reportado casos de violencia sexual Cuantas de ellas han recibido atención en salud Cuantas antes de las 72 horas del hecho 2. ¿Alguna vez en su estadía en la cárcel alguien la/lo ha obligado o presionado a realizar actos sexuales que usted no quería? Reportó la situación? Recibió atención en salud? Se realizó examen médico legal?		1. Administración 2. Personas	
20	RIA cardio cerebro vascular	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión por más de 12 meses cuyas cifras de tensión arterial se encuentran dentro de la siguiente metas: presión arterial sistólica menor o igual a 140mmHg y presión arterial diastólica menor o igual a 90 mmHg.	Efectividad / Resultados en salud	No de PPL con DX de HTA con cifras tensionales dentro del rango/ Total PPL con Dx HTA	1. Número de personas con diagnóstico de HTA (hipertensión Arterial) en el establecimiento Número de personas con DX de HTA con cifras tensionales dentro de las metas 2. Si respondió con dx de HTA. Preguntar cuál fue su última cifra tensional - fue menor de 140 /90 (si cumple con ambas cifras)		1. Administración 2. Personas	

21	RIA cardio cerebro vascular	Porcentaje de Pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una valoración de la afectación de órgano diana.	Calidad/ Gestión del Riesgo	Número de pacientes hipertensos en los que en el momento del diagnóstico se realiza una valoración de la afectación de órganos diana. / número de pacientes hipertensos * 100 Valoración de la afectación de órganos diana: Clasificación según fases de la OMS, para lo que se valorará la realización de: electrocardiograma, fondo de ojo, creatinina plasmática, microalbuminuria (si resto negativo), y ecocardiograma (si resto negativo).	1. A cuantas de las personas diagnosticadas en el último año de HTA se les realizó valoración de órganos diana al momento del diagnóstico (Electrocardiograma (ECG), creatinina plasmática, fondo de ojo, microalbuminuria) 2. Si respondió con dx de HTA. Preguntar: Le realizaron exámenes adicionales para investigar el estado de otros órganos: - Se le hizo examen de fondo de ojo - Se le practicó un ECG - Se le tomaron exámenes de sangre (creatinina plasmática) - Se le tomaron exámenes de orina (Microalbuminuria)	1. Administración 2. Personas
----	-----------------------------	--	-----------------------------	---	---	----------------------------------

22	Resolución 256 de 2016	Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para función renal, examen podológico y retina	Calidad/ Gestión del Riesgo	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes quienes en sus historias clínicas presentan registros durante el último año sobre una evaluación de la retina, la función renal o un examen podológico / Número de pacientes con diagnóstico de diabetes.*100	1. Cuantas personas con dx de diabetes tiene registradas en su institución A cuantas de las personas diagnosticadas con diabetes en el último año se les realizó valoración de órganos diana al momento del diagnóstico (Creatinina plasmática, fondo de ojo, microalbuminuria, examen del pie) 2. Si respondió con dx de diabetes. Preguntar: En el último año les han realizado exámenes adicionales para investigar el estado de otros órganos: - Se le hizo examen de fondo de ojo - Se le revisaron los pies (la circulación, sensibilidad, estado de la piel) - Se le tomaron exámenes de sangre (creatinina plasmática) - Se le tomaron exámenes de orina (Microalbuminuria)	1. Administración 2. Personas	
23	Indicador cuenta de alto costo	Proporción de casos nuevos de cáncer (cualquier cáncer) detectados en estadio In situ al momento de dx	Efectividad / Resultados en salud	No de casos de dx de cancer detectados en estadio in situ/ total de casos de CA diagnosticados * 100	1. Cuantas personas tiene el establecimiento con dx de cancer. Desagregue por tipo de cancer (Mama, cuello uterino, prostata, colon y recto, otros) Cuantas fueron diagnosticadas en los últimos 12 meses.	1. Administración 2. Personas	
24	Indicador cuenta de alto costo	Oportunidad de Tratamiento o de la atención de Cancer (cualquier tipo de cancer)	Oportunidad	Suma de los días transcurridos entre la confirmación del dx clínico de CA y el inicio del primer tratamiento	De estas cuantas segun el estadio clínico (In situ, Estadio 1, Estadio 2, Estadio 3, Estadio 4) Cuál es el tiempo promedio entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en los casos que tiene el establecimiento 2. De los que contestaron que fueron diagnosticados con algún tipo de cancer. Preguntar - Comoce el estadio en que fue diagnosticado - Cuanto tiempo pasó desde que le informaron el diagnóstico hasta que empezaron a tratarlo	1. Administración 2. Personas	

25	RIA promoción y mantenimiento de la salud / adultez	Proporción de mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino	Acceso / Gestión del Riesgo	No de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología y Pruebas de ADN- VPH en el último año/ total mujeres en el rango de edad	1. Número de mujeres entre 25 y 69 años que se les tomó citología y se les realizó prueba de ADN VPH en el último año 2. En el último año le realizaron (para mujeres y hombres trans) - Citología - Pueba de ADN VPH		1. Administración 2. Personas	
26	RIA promoción y mantenimiento de la salud / adultez	Proporción de mujeres adultas tamizadas para cáncer de mama	Acceso / Gestión del Riesgo	No de mujeres PL entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años/ total mujeres entre 50 y 69 años	1. Número de mujeres entre 50 y 69 años que se les tomó mamografía en el último año 2. En el último año le realizaron (para mujeres y hombres trans de 50 a 69) - mamografía		1. Administración 2. Personas	
27	RIA promoción y mantenimiento de la salud / adultez	Proporción de hombres adultos tamizados para cáncer de próstata	Acceso / Gestión del Riesgo	No de hombres mayores de 50 años tamizados mediante PSA en sangre y tacto rectal combinados/ Total hombres >50 años	1. Número de hombres mayores de 50 que se les realizó tamizaje de CA prostata (PSA en Sangre y tacto rectal) en el último año 2. En el último año le realizaron tamizaje para CA de prostata (Hombre y mujeres trans mayores de 50)		1. Administración 2. Personas	
28	RIA promoción y mantenimiento de la salud / adultez	Proporción de adultos tamizados para cáncer de colon y recto	Acceso / Gestión del Riesgo	No de personas mayores de 50 años tamizados mediante Prueba de sangre oculta en heces/ Total presonas >50 años	1. Número de personas mayores de 50 que se les realizó tamizaje de CA colon y recto (Sangre oculta en heces) en el último año 2. En el último año le realizaron tamizaje para CA de colon y recto (sangre oculta en Heces) (para mayores de 50)		1. Administración 2. Personas	

29	Auto 065 de 2023 CC Indicador No 1	Porcentaje de mujeres en etapa materno perinatal que se encuentran en control en el establecimiento carcelario.	Acceso	Número de mujeres en etapa materno perinatal que se encuentran en control en el establecimiento carcelario / Número de mujeres en etapa materno perinatal en el establecimiento * 100.	1. Cuantas gestantes hay en este momento Cuantas gestantes asisten a control prenatal regularmente Cuantas tuvieron control prenatal el mes anterior 2. Se encuentra en gestación o embarazo En la institución le han brindado controles prenatales En los últimos 30 días tuvo un control prenatal		1. Administración 2. Personas	
30	RIA Materno Perinatal	Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis gestacional	Calidad/ Gestión del Riesgo	Numero de gestantes con tamizaje para sífilis gestacional / total de gestantes *100	1. Cuantas gestantes tienen resultados de serología VDRL 2. Le realizaron el examen para identificar sífilis (gestantes)		1. Administración 2. Personas	
31	RIA Materno Perinatal	Proporción de Gestantes clasificadas de alto riesgo cuyo control prenatal es practicado por especialista.	Calidad/ Gestión del Riesgo	Numero de mujeres con clasificación de alto riesgo cuyo control prenatal es practicado por especialista / total de mujeres clasificadas como alto riesgo *100	1. Número de mujeres gestantes que tienen alto riesgo Numero de mujeres con alto riesgo que les realiza el CPN un(a) especialista 2. Su embarazo es de alto riesgo (solo gestantes) El último control se lo realizó - Medicina general o familiar - Ginecología, Obstetricia - Enfermería		1. Administración 2. Personas	
32	Resolución 256 de 2016	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	Efectividad / Resultados en salud	Total pacientes hospitalizados por Dengue Grave/ Total de casos de Dengue Grave confirmados y/o notificados	1. ¿Cuantas personas fueron hospitalizadas por Dengue Grave?		Administración	
33	Guía VIH	Porcentaje de personas con Dx de VIH con una carga viral inferior a 1000 copias	Efectividad / Resultados en salud	# personas con dx de VIH con carga viral inferior a 1000 copias/ Total de personas con Dx de VIH	1. Cuantas personas con Dx de VIH hay en el establecimiento Cuántas tienen hoy una carga viral menos a 1000 copias. 2. (personas con dx VIH) Conoce el resultado de su última carga viral, Cuál fue?		1. Administración 2. Personas	

34	plan-nacional-acelerar-eliminacion-tuberculosis-2025-2031	Porcentaje de tratamiento exitoso (TBC)	Efectividad / Resultados en salud	Número de pacientes con TB que egresan como curados + tratamiento completado/ Total de pacientes con TB que iniciaron tratamiento* 100	1. Número de personas con TB en el establecimiento en el último año Número de personas que iniciaron tratamiento Número de personas con tratamiento completado		1. Administración	
35	plan-nacional-acelerar-eliminacion-tuberculosis-2025-2031	Tamizaje sistemático TBC	Acceso / Gestión del Riesgo	No de PPL que se les realizó tamizaje de TBC en el último año/ Total PPL a mitad de periodo	1. Número de personas con tamizaje de TB en el establecimiento en el último año? 2. A usted le han hecho pruebas para detectar tuberculosis en el último año		1. Administración 2. Personas	
36	SALUD ECI Toda la población privada de la libertad que se encuentre calificada como fuente de contagio e infección debe estar aislada de conformidad en un área de aislamiento adecuado	Aislamiento sanitario adecuado para patologías infectocontagiosas	Gestión del Riesgo	(# Personas Privadas de la Libertad que requirió aislamiento y lo recibió en espacio adecuado / # Personas Privadas de la Libertad que requirió aislamiento) * 100	1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas requirieron aislamiento sanitario según indicación médica? ¿ Cuántas estuvieron en un espacio ventilado y adecuado, en aislamiento?		1. Administración	

37	SALUD ECI Las personas privadas de la libertad tienen derecho a acceder a los servicios de salud en condiciones de igualdad, sin discriminación ni maltrato por razones de género, identidad de género u orientación sexual, garantizando un trato digno y respetuoso en la prestación de los servicios	Barreras por discriminación/maltrato en acceso a salud por razones de género		(# de Personas Privadas de la Libertad que reporta haber evitado solicitar atención por miedo a discriminación o maltrato por razones de género/ Total de Personas Privadas de la libertad)	2. En los últimos seis meses, ¿usted ha dejado de solicitar atención en salud o ha evitado hacerlo por miedo a discriminación, burlas o maltrato relacionados con su género, identidad u orientación sexual?	Sí No Prefiere no responder	2. Personas	
38	(Laffan, 2016)	% de quejas relacionadas con los servicios de salud recibidas y resueltas	Calidad	No de quejas relacionadas con los servicios de salud recibidas en los últimos seis meses que fueron resueltas / No de quejas.	1. Cuántas quejas se presentaron por parte de las PPL frente a los servicios de salud Cuántas quejas fueron resueltas Cuántas quejas resueltas fueron a favor de la PPL 2. Ha colocado alguna queja frente a los servicios de salud Esta queja se resolvió? A favor suyo? Sintió alguna retaliación por haber colocado esta queja?		1. Administración 2. Personas	

Informe de visita – ERON Andes

Visita técnica de seguimiento en salud penitenciaria

ERON Andes – 27 de abril

En el marco de las funciones de seguimiento y verificación de las condiciones de garantía del derecho fundamental a la salud de la población privada de la libertad, se realizó visita técnica al ERON Andes el día 27 de abril, acompañando la caracterización con Nueva EPS con el propósito de identificar aspectos operativos, clínicos y administrativos relacionados con la prestación de servicios de salud dentro del establecimiento.

Durante la visita se revisaron diferentes componentes de la atención en salud, incluyendo procesos de ingreso y egreso, atención médica, salud pública, farmacia, salud mental, odontología y articulación institucional.

Hallazgos relacionados con ingreso y atención inicial

Se evidenció la realización de exámenes de ingreso y egreso para las personas privadas de la libertad. Asimismo, se identificó la existencia de valoración médica inicial y consulta EML. Dentro de las observaciones efectuadas, se señaló que el área de recepción presenta limitaciones de espacio, lo que podría afectar el adecuado flujo y valoración inicial de las personas ingresadas.

Se informó igualmente la implementación de medidas de aislamiento para personas con síntomas respiratorios, en el contexto de vigilancia epidemiológica y control de eventos transmisibles.

Salud pública y enfermedades transmisibles

Durante la visita se documentó seguimiento a pacientes con VIH, incluyendo controles de laboratorio. Se reportó la existencia de dos personas con diagnóstico de VIH y aproximadamente 29 pacientes crónicos en seguimiento.

Se indicó además que el operador realiza vigilancia de sintomáticos respiratorios y actividades relacionadas con tuberculosis (TB) lo cual podría sugerir dificultades de articulación, continuidad o integración de la ruta de atención para esta condición.

También se identificó disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y tratamiento anti-TB, aspecto relevante para la continuidad terapéutica dentro del establecimiento.

Salud mental

La salud mental surgió como uno de los temas relevantes durante la visita. Se identificó articulación entre medicina general y la IPS Goleman para la atención de casos en salud mental. Adicionalmente, se mencionó la necesidad de fortalecer las estrategias de salud mental en entornos penitenciarios, reconociendo las particularidades y vulnerabilidades propias de la población privada de la libertad.

Farmacia y medicamentos

En el componente farmacéutico se identificó rezago en farmacia y presencia de medicamentos vencidos, situación que requiere revisión y seguimiento prioritario debido a sus implicaciones sobre calidad, seguridad del paciente y continuidad terapéutica.

Igualmente se mencionaron alertas farmacológicas y dificultades derivadas de la fragmentación de los sistemas de información, lo que potencialmente afecta la trazabilidad clínica y farmacoterapéutica de los pacientes.

Odontología y atención complementaria

En el área de odontología se identificó atención mediante auxiliar higienista y se documentaron restricciones alimentarias y procesos relacionados con esta área.

Asimismo, se mencionó la existencia de actividades de psicología y estrategias de autocuidado.

Gestión institucional y articulación

Durante la visita se hizo referencia a la Ley 1709 aplicable a toda la población privada de la libertad y a la existencia de rutas EML. También se mencionaron procesos de capacitación en entornos penitenciarios y articulaciones con entidades como la Cruz Roja Internacional y el SENA.

Se señaló además la existencia de estrategias orientadas a la gestión de reclamos y tiempos de atención por parte de auxiliares y personal operativo.

Hallazgos operativos y de seguridad clínica

Dentro de los hallazgos relevantes se documentó la ausencia de carro de paro, aspecto de especial importancia para la respuesta ante emergencias médicas dentro del establecimiento.

Igualmente se registró que la hospitalización estaría siendo atendida por médico general, situación que podría requerir evaluación adicional respecto al alcance resolutivo y capacidad de respuesta clínica intramural.

Consideraciones finales

La visita permitió identificar esfuerzos institucionales en vigilancia epidemiológica, seguimiento de pacientes crónicos y articulación interinstitucional. No obstante, persisten retos importantes relacionados con infraestructura, continuidad de rutas de atención, integración de sistemas de información, gestión farmacéutica y fortalecimiento de la capacidad de respuesta frente a eventos prioritarios en salud pública y emergencias médicas.

Se recomienda profundizar la verificación de las condiciones de almacenamiento y dispensación de medicamentos, la disponibilidad de equipos para atención de emergencias, la integración de las rutas de TB y salud mental, así como las condiciones operativas para la atención integral de la población privada de la libertad.

Informe ejecutivo Evaluación técnica de indicadores para artritis reumatoide (AR)

Se realizó la evaluación técnica de un conjunto de indicadores propuestos para la gestión del riesgo y seguimiento de adultos con artritis reumatoide (AR), utilizando una escala Likert de 1 a 9, donde 1 corresponde a “Completamente en desacuerdo” y 9 a “Completamente de acuerdo”. La valoración consideró principalmente pertinencia clínica, validez conceptual, factibilidad operativa y utilidad para seguimiento en salud.

10. Acceso a deportología o fisiatría en el periodo

****Calificación:** 8 – De acuerdo**

****Justificación:****

El indicador mejora respecto a su versión previa al centrarse en acceso a valoración especializada (fisiatría/deportología), lo cual es más clínicamente pertinente para orientar el manejo funcional en AR. Sin embargo, sigue siendo un indicador de proceso que no captura la implementación ni el impacto del plan de rehabilitación, y puede verse limitado por disponibilidad de especialistas.

****Sugerencia de ajuste:****

Ampliar a “fisiatría y/o especialidades en rehabilitación funcional” para mejorar factibilidad y complementar en el futuro con un indicador de uso efectivo de rehabilitación.

11. Clinimetría al menos una vez en los últimos 6 meses

****Calificación:** 9 – Completamente de acuerdo**

****Justificación:****

Es un indicador altamente sólido. Mide seguimiento clínico estructurado mediante clinimetría validada (DAS28, SDAI, CDAI, RAPID3), lo cual es estándar en el manejo de AR y se asocia directamente con decisiones terapéuticas bajo el enfoque treat-to-target. La ampliación de escalas mejora la validez y la factibilidad sin perder rigor metodológico.

****Sugerencia de ajuste:****

Aclarar que la clinimetría debe estar explícitamente registrada en historia clínica.

12. HAQ, mHAQ o HAQ-DI al menos una vez en los últimos 6 meses

****Calificación:** 9 – Completamente de acuerdo**

****Justificación:****

Es un indicador de alta validez clínica que captura desenlace funcional reportado por el paciente (PRO), complementando la medición de actividad de la enfermedad. La inclusión de HAQ, mHAQ y HAQ-DI mejora la factibilidad sin comprometer la calidad metodológica. Es sensible a cambios clínicos y relevante para evaluar discapacidad en AR.

****Sugerencia de ajuste:****

Aclarar que la medición debe estar registrada de forma estandarizada en historia clínica.

13. Actividad baja de la enfermedad en los últimos 6 meses

****Calificación:** 8 – De acuerdo**

****Justificación:****

El indicador es clínicamente pertinente y coherente con el enfoque treat-to-target, al centrarse en lograr baja actividad en quienes no están en remisión. La inclusión de múltiples escalas validadas mejora la aplicabilidad. No alcanza la máxima calificación debido a la complejidad operativa del denominador y la posible variabilidad derivada del uso de diferentes escalas.

****Sugerencia de ajuste:****

Considerar como alternativa un indicador más simple que agrupe remisión o baja actividad sobre el total de pacientes.

16. Tamizaje para VHB previo al inicio de FAME biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico

****Calificación:** 9 – Completamente de acuerdo**

****Justificación:****

Indicador altamente pertinente y alineado con seguridad del paciente. El tamizaje para VHB previo al inicio de FAME biológicos o sintéticos es estándar de cuidado para prevenir reactivación viral y cuenta con respaldo en guías clínicas. Tiene alta validez, es medible y directamente accionable.

****Sugerencia de ajuste:****

Precisar que el tamizaje debe incluir HBsAg, anti-HBc total y anti-HBs, y estar registrado antes del inicio del tratamiento.

20. Personas diagnosticadas con AR evaluadas con una escala de calidad de vida

****Calificación:** 8 – De acuerdo**

****Justificación:****

Es un indicador relevante al incorporar calidad de vida como desenlace reportado por el paciente (PRO), complementando actividad y función. La inclusión de múltiples escalas validadas mejora la factibilidad. No alcanza la máxima calificación debido a la heterogeneidad entre instrumentos y menor estandarización en la práctica clínica.

****Sugerencia de ajuste:****

Definir una escala preferente o estandarizar periodicidad y forma de registro.

21. Suministro de FAME en el período

****Calificación:** 9 – Completamente de acuerdo**

****Justificación:****

Indicador crítico de acceso y continuidad terapéutica. Mide de forma directa la brecha entre prescripción y dispensación, aspecto especialmente relevante en contextos de barreras de acceso y desabastecimiento. Tiene alta validez, objetividad y utilidad para monitoreo de desempeño del sistema.

****Sugerencia de ajuste:****

Precisar la unidad de medida (dosis, unidades o días de tratamiento) y considerar complementar con un indicador de adherencia efectiva.

Consideraciones generales

En términos generales, los indicadores evaluados presentan adecuada pertinencia clínica y alineación con estrategias contemporáneas de manejo de AR, particularmente bajo el enfoque treat-to-target y el uso de desenlaces reportados por pacientes. Los indicadores mejor calificados fueron aquellos relacionados con seguimiento clínico estructurado, seguridad terapéutica y continuidad del tratamiento.

Como oportunidades de mejora transversales se identifican:

- * Fortalecer la estandarización de registros clínicos.
- * Reducir heterogeneidad entre instrumentos de medición.
- * Complementar indicadores de proceso con indicadores de resultado clínico y funcional.
- * Mejorar factibilidad operativa en contextos con limitaciones de oferta especializada.

En conjunto, el grupo de indicadores evaluado constituye una base sólida para el monitoreo de calidad y gestión del riesgo en personas con artritis reumatoide.