



10000

Bogotá, Agosto 15 de 2012

Doctor
JESUS ALFONSO RODRIGUEZ C
Secretario General
Cámara de Representantes
Congreso de la República
Ciudad

Camara de Representantes
Secretaria General
CORRESPONDENCIA

15 AGO 2012

Sandra

25016

4:18

Asunto: Proposición 13
Radicado interno 164.728

Respetado doctor Rodriguez reciba cordial saludo:

En atención a la citación de control político, de manera atenta me permito dar respuesta al cuestionario inserto en la Proposición 013, aprobada en esa Corporación, relacionada con temas varios sobre la situación carcelaria". Al respecto damos respuesta en el marco de las competencias de este Ministerio, en los siguientes términos:

8. Cuantas cita, exámenes de diagnóstico, cirugías y entrega de medicamentos a favor de los internos se encuentran pendientes a la fecha?

CONSOLIDADO DE ATENCIONES REPRESADAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL NACIONAL				
ESTABLECIMIENTO	TERRITORIAL	LABORATORIO CLINICO	CONSULTA ESPECIALIZADA	CIRUGIA GENERAL
STA BARBARA	ANTIOQUIA	0	17	0
PTO TRIUNFO		0	90	1
JERICO		0	16	1
PEDREGAL		0	61	8
CARTAGENA	BOLIVAR	0	31	11
HELICONIAS	CAQUETA	34	167	24
FLORENCIA	CAQUETA	19	52	2
YOPAL	CASANARE	5	43	10
MONTERIA	CORDOBA	1	19	0
BOGOTA	CUNDINAMARCA	0	532	13
RIOHACHA	GUAJIRA	30	6	0
SANTA MARTA	MAGDALENA	2	37	24
GRANADA	META	0	38	0
VILLAVICENCIO		11	38	4



ACACIAS		11	34	0
CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	11	229	32
OCAÑA		0	9	1
MOCOA	PUTUMAYO	0	48	0
ARMENIA	QUINDIO	0	20	0
RM ARMENIA		0	5	1
CALARCA		25	70	5
SOCORRO	SANTANDER	0	3	2
GIRON		4	29	0
BUCARAMANGA		9	18	0
SINCELEJO	SUCRE	0	14	0
PICALAÑA	TOLIMA	0	1	14
SEVILLA	VALLE DEL CAUCA	1	3	1
TOTAL		163	1.630	154

10. ¿Cómo se está garantizando el derecho a la salud de los internos? Cuál es el estado del convenio ante el INPEC y Caprecom? ¿Cómo funciona actualmente el sistema de salud para esta población?

El derecho a la salud se garantiza con la existencia tres componentes

1. Saneamiento (higiene y saneamiento ambiental, calidad de agua, inocuidad alimentaria entre otros)
2. Aseguramiento
3. Prestación de Servicios de Salud

El primer componente – Saneamiento es una competencia absoluta del INPEC, para la población privada de la libertad responsabilidad de este, al igual que lo hacen otras entidades que tienen bajo su responsabilidad otras poblaciones confinadas, (batallones, conventos, internados entre otros), es responsabilidad de la entidad velar por las condiciones higiénico sanitarias del entorno para evitar y controlar la aparición y propagación de enfermedades infecto contagiosas, de transmisión vectorial y transmitidas por alimentos. Este componente incluye la inspección, vigilancia y control de las instalaciones en general con énfasis en unidades sanitarias y cocinas, manipulación de alimentos, calidad del agua para consumo humano, y en general de las condiciones del entorno en el que vive esta población. También hace parte de este componente la educación en autocuidado y en hábitos higiénicos y comportamientos protectores (lavado de manos, manejo de excretas y desechos, y comportamientos que previenen las enfermedades de transmisión sexual)

En cuanto al Aseguramiento actualmente se realiza mediante las aseguradoras del régimen contributivo que tenga cada recluso con capacidad de pago y del régimen subsidiado (Caprecom) para los demás reclusos.

CAPRECOM tiene población asegurada en 142 establecimientos carcelarios y tiene a su cargo un 77.5 % de la población reclusa, y el resto está en el régimen contributivo.



Para la prestación de servicios de salud en cada uno de los municipios y/o cabeceras municipales donde se encuentra ubicado el establecimiento de reclusión el asegurador contrata los servicios con la ESE del respectivo municipio.

Respecto al estado del convenio INPEC – Caprecom, este ha finiquitado habiendo Caprecom cesado su funciones prestador de servicios, quedando sólo operando como asegurador.

2. INFRAESTRUCTURA

6. Cuáles centros carcelarios fueron afectados por las pasadas olas invernales y características de las mismas? ¿qué planes se implementaron para superar las emergencias?. Por competencia la respuesta es aportada por CAPRECOM

Respuesta: CAPRECOM fue informado por INPEC del desalojo del establecimiento de La Dorada (Caldas), permaneciendo cuatro internos al interior del establecimiento a los cuales se continuó prestando la atención médica necesaria y de forma permanente. Las actividades realizadas con los cuatro internos no evacuados correspondieron a valoración médica diaria, vacunación para evitar la aparición de enfermedades propias por la ola invernal, control de signos vitales, charlas educativas, en prevención de enfermedades y hábitos saludables incluyendo prevención en la aparición de vectores.

3. ACCESO A DERECHOS,

1. Determine las características del Sistema de Seguridad Social para la población carcelaria en Colombia.

Respuesta: En relación a la operatividad del aseguramiento y la prestación del servicio de salud para la población privada de la libertad y que se encuentra a cargo del INPEC, nos permitimos dar respuesta en los siguientes términos:

El tema de Salud Penitenciaria hace referencia a tres componentes

4. Saneamiento (higiene y saneamiento ambiental, calidad de agua, inocuidad alimentaria)
5. Aseguramiento
6. Prestación de Servicios de Salud

CONTEXTO DE LA REGLAMENTACIÓN

En primer lugar, y antes de la expedición de la Ley 100 de 1993, el Código Penitenciario, en consideración al deber de cuidado a los internos, estableció, en materia de salud, lo siguiente:

ARTÍCULO 104. SERVICIO DE SANIDAD. En cada establecimiento se organizará un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos, examinarlos obligatoriamente a su ingreso al centro de reclusión y cuando se decrete su libertad; además, adelantará campañas de prevención e higiene, supervisará la alimentación suministrada y las condiciones de higiene laboral y ambiental.

Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas.



ARTÍCULO 105. SERVICIO MÉDICO PENITENCIARIO Y CARCELARIO. El servicio médico penitenciario y carcelario estará integrado por médicos, psicólogos, odontólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeros y auxiliares de enfermería.

ARTÍCULO 106. ASISTENCIA MÉDICA. Todo interno en un establecimiento de reclusión debe recibir asistencia médica en la forma y condiciones previstas por el reglamento. Se podrá permitir la atención por médicos particulares en casos excepcionales y cuando el establecimiento no esté en capacidad de prestar el servicio.

Si un interno contrae enfermedad contagiosa o se le diagnostica enfermedad terminal, el director del establecimiento, previo concepto de la junta médica y de traslados, determinará si es procedente el traslado a un centro hospitalario o la medida adecuada de acuerdo con el Código de Procedimiento Penal. Para este efecto, propondrá al funcionario judicial la libertad provisional o la suspensión de la detención preventiva. Si se trata del condenado comunicará de inmediato la novedad a la Dirección General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

El Director del establecimiento de reclusión queda autorizado, previo concepto del médico de planta, a ordenar el traslado de un interno a un centro hospitalario en los casos de enfermedad grave o intervención quirúrgica, bajo las medidas de seguridad que cada caso amerite.

Cuando una reclusa esté embarazada, previa certificación médica, el director del establecimiento, tramitará con prontitud la solicitud de suspensión de la detención preventiva o de la pena ante el funcionario judicial competente, de conformidad con lo previsto en el Código de Procedimiento Penal.

PARÁGRAFO 1o. El traslado a un centro hospitalario en los anteriores casos, sólo procederá cuando no fuere posible atender al interno en alguno de los centros de reclusión.

PARÁGRAFO 2o. En los establecimientos de reclusión donde no funcionare la atención médica en la forma prevista en este Título, éste quedará a cargo del Servicio Nacional de Salud.

ARTÍCULO 107. CASOS DE ENAJENACIÓN MENTAL. Si un interno presentare signos de enajenación mental y el médico del centro de reclusión dictaminar que el recluso padece enfermedad psíquica, el director del respectivo centro, pedirá el concepto médico legal, el cual si es afirmativo, procederá a solicitar su ingreso a un establecimiento psiquiátrico, clínica adecuada, casa de estudio o de trabajo, según el caso, dando aviso al juez de ejecución de penas y medidas de seguridad.

Este esquema presenta algunas dificultades, tanto a nivel de las condiciones generales de los reclusos como respecto de la situación concreta en salud. Es así como mediante la sentencia T-153 de 1998¹, se declaró el estado de cosas inconstitucional por el hacinamiento existente en las cárceles y la vulneración de los derechos mínimos de los reclusos, en una de las primeras decisiones en las cuales, además de ocuparse de los casos en particular, dictó una serie de órdenes para superar la situación.

¹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-153 de 28 de abril de 1998, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.



Adicionalmente, en cuanto a la salud se refiere, dicha situación fue declarada mediante la sentencia T-606 de 1998². En la parte resolutive de dicha determinación, se indica lo siguiente:

Segundo.- En su lugar, **CONCÉDESE** la tutela de los derechos a una vida digna, a la salud y a la integridad personal del mencionado demandante, y **SE ORDENA** al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario "INPEC" que, por conducto de la dirección de la Penitenciaría Nacional de Cúcuta, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, disponga la efectiva atención médica del recluso mencionado, la práctica de la radiografía de columna que requiere, la evaluación de la misma, el suministro de los medicamentos y la iniciación y culminación de las terapias que el médico especialista considere necesarios.

Tercero.- **DECLÁRASE** que, en materia de salud y asistencia médica y suministro de medicamentos al personal recluso en las cárceles del país, esta y anteriores providencias de la Corte han puesto en evidencia un estado de cosas inconstitucional que se precisa resolver.

Cuarto.- **ORDÉNASE** al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario "INPEC" que, en coordinación con los ministerios de Hacienda, Salud y de Justicia y del Derecho y con el Departamento Nacional de Planeación, inicie, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta Sentencia, los trámites administrativos, presupuestales y de contratación que sean indispensables para constituir o convenir un sistema de seguridad social en salud, bajo la modalidad subsidiada, que deberá estar operando plenamente en un término que no podrá exceder del 31 de marzo de 1999 y que cubra a la totalidad de los centros de reclusión del país, para detenidos y condenados. (Se subraya)

Esto dio lugar, entre otras medidas, a la adopción de un CONPES sobre expansión penitenciaria y carcelaria del orden nacional (CONPES 3086 de 2000)³.

No obstante lo anterior, en otra determinación de la Alta Corporación, del año 2000⁴, se recabó en tal estado de cosas respecto de los sindicados y condenados que se encontraban en estaciones de policía, cometidos a tratos inhumanos y degradantes y sin el respeto de sus derechos mínimos.

En todo caso, la protección especial por vía de la acción de tutela se siguió presentado tal y como se desprende de las decisiones de la Corte Constitucional en la materia, específicamente en salud⁵.

En 2007, y teniendo en cuenta la situación advertida, especialmente en torno a la regularización de la situación en salud de los reclusos, en el artículo 14 de la Ley 1122 dispuso lo siguiente:

² CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-606 de 27 de octubre de 1998, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

³ Adicionalmente, se expidió el CONPES 3277 de 2004 relativo a la expansión de oferta nacional de cupos penitenciarios y carcelarios.

⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. T-847 de 6 de julio de 2000, M.P. Carlos Gaviria Díaz.

⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sents. T-185 de 19 de marzo de 2009, M.P. Juan Carlos Henao Pérez; T-1031 de 17 de octubre de 2008, M.P. Mauricio González Cuervo; T-615 de 23 de junio de 2008, M.P. Rodrigo Escobar Gil; T-694 de 6 de septiembre de 2007, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-627 de 15 de agosto de 2007, M.P. Clara Inés Vargas Hernández; T-686 de 17 de agosto de 2006, M.P. Humberto Sierra Porto; T-133 de 23 de febrero de 2006, M.P. Humberto Sierra Porto; T-1013 de 6 de octubre de 2005, M.P. Alfredo Beltrán Sierra; T-703 de 14 de agosto de 2003, M.P. Clara Inés Vargas Hernández, entre otras.



- m) La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.

Esta disposición derogó tácitamente el régimen especial previsto en la Ley 65 de 1993, arts. 104 a 107, a los cuales ya se hizo referencia, por lo menos en virtud de la inclusión de esa población dentro del esquema previsto en el SGSSS, y fue la base para la expedición de los Decretos 1141 de 2009 y 2777, ambos de 2010, los cuales surtieron un proceso dilatado de concertación entre las entidades públicas concernidas⁶, con el decidido impulso y compromiso del Ministerio del Interior y de Justicia. Así mismo y en desarrollo de lo previsto en el primero de los decretos mencionados, se celebró el contrato de aseguramiento 1172 de 22 de julio de 2009 entre CAPRECOM y el INPEC, cuyo objeto estableció la obligatoriedad de CAPRECOM EPS-S para con el INPEC de realizar el aseguramiento al régimen subsidiado en salud de la población interna que se encuentre en establecimientos de reclusión a cargo del Instituto.

Respecto del nacimiento del Decreto 1141, es preciso señalar que el proceso de adopción del mismo fue bastante complejo, por cuanto el INPEC no estuvo de acuerdo, en un principio, con el cambio que significaba implementar lo establecido en la Ley 1122 de 2007 para la población reclusa. Consideraban que debían mantener el esquema que venían manejando, a saber, la prestación de los servicios de salud para la atención de los internos a través de las unidades sanitarias ubicadas al interior de los centros de reclusión con personal de planta y complementada a través de IPS contratadas para tal fin, tal y como se prevenía en la Ley 62. Se realizaron varias reuniones⁷ con los directivos del INPEC, en coordinación con este Ministerio, el Ministerio del Interior y de Justicia, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y CAPRECOM, se logró elaborar un proyecto de Decreto orientado a la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Brevemente, el Decreto 1141 de 1° de abril de 2009, estableció regímenes de acuerdo con la naturaleza del establecimiento carcelario o no en el cual se encuentre el recluso, afilió a los reclusos al régimen subsidiado, en la modalidad de subsidios totales, salvo quienes puedan continuar en el régimen contributivo o en régimen de excepción. Se determinó que la financiación estaba a cargo del presupuesto del INPEC destinado a salud de los reclusos y, teniendo en cuenta la afiliación, se ordenó la contratación del aseguramiento con la entidad pública nacional de régimen subsidiado. En cuanto a lo no POS se determinó que sería con cargo del INPEC.

Es importante señalar que en desarrollo de lo anterior, para la atención en salud de esta población, corresponde a CAPRECOM EPS – S garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, soportado en el contrato de aseguramiento indicado anteriormente. Por su parte, el INPEC garantiza la atención de los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, a través de una póliza de salud, que fue suscrita por dicha entidad con la Compañía Aseguradora Aurora. Es de anotar que dicha póliza fue suscrita por el INPEC, en el esquema previo a la expedición del Decreto 1141, para la cobertura de las atenciones de alto

⁶ Participaron en la discusión, elaboración y diseño del decreto, además de este Ministerio y del Ministerio del Interior y de Justicia, el INPEC, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y CAPRECOM.

⁷ De acuerdo con los reportes de lista de asistentes que obran en este Ministerio, se realizaron reuniones, durante 2009 y antes de la expedición del Decreto 1141, los días 2 de marzo, 6 de marzo, 11 de marzo y 18 de marzo, en las cuales participaron las entidades mencionadas. Con posterioridad al 1° de abril, en 2009, se realizaron reuniones de seguimiento y cumplimiento los días 15 de abril, 29 de abril, 29 de mayo, 10 de junio, 17 de junio, 23 de junio, 25 de junio, 5 de agosto, 8 de septiembre, 19 noviembre. En 2010, y con el propósito de modificar el Decreto 1141, se realizaron reuniones en 2010, los días 9 de abril, 14 de abril, 4 de mayo, 7 de julio, 9 de julio, 12 de julio y 28 de julio. Por parte de este Ministerio, se hizo presente la Dirección de Gestión de la Demanda.



costo, póliza que fue modificada para responder a las atenciones No POS-S, de acuerdo con el Decreto en comentario.

Para la atención intramural, se incluyó en el Decreto que las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC, en los que se presten los servicios de salud, deben cumplir con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad-SOGC, conforme a las condiciones que definiera el Ministerio de la Protección Social-MPS. Para tal fin, este Ministerio expidió la Resolución 0366 de fecha 28 de enero de 2010, en la cual se definen algunas condiciones del SOGC para las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC. Entre otros aspectos, la citada resolución establece que, las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, solo podrán verificar las condiciones de habilitación al año siguiente de que la EPS del régimen subsidiado de naturaleza pública del orden nacional, haya efectuado la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud de las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC.

Sobre la implementación del citado Decreto es importante señalar que, por las particulares características de la atención de la población reclusa, en los 142 establecimientos a cargo del INPEC, han aparecido múltiples dificultades en su operación, las cuales dependen, entre otras cosas, del tamaño de los establecimientos, las condiciones de seguridad, las limitaciones locativas, etc. Se identificaron problemas de índole operativa y administrativa, por parte del INPEC y de la EPS-S CAPRECOM, tales como la no presencia de CAPRECOM en la totalidad de los establecimientos de reclusión, la falta de información en cuanto a la caracterización en términos de morbi – mortalidad de la población reclusa, la identificación de los internos, falta de coordinación para el traslado de los internos para atenciones fuera de los establecimientos carcelarios (lo cual generó problemas en la continuidad en el tratamiento requerido por el interno), no disposición oportuna de la red de servicios externa por parte de CAPRECOM, resistencia a la implementación del proceso por parte de los funcionarios del INPEC que laboraban en las áreas de sanidad de las cárceles y desequilibrio económico expresado por CAPRECOM, al argumentar que el valor de la UPC-S que se les reconoce por parte del INPEC no es suficiente para cubrir los gastos generados para la atención de la población, entre otros.

Para hacer frente a lo anterior, se realizaron reuniones⁸ entre los señores Viceministros de Salud y Bienestar y de Justicia y Derecho, o sus delegados, los Directores de CAPRECOM y del INPEC, funcionarios del Ministerio Hacienda y Crédito Público y los equipos técnicos de dichas entidades, y con el propósito de superar las dificultades encontradas y garantizar la atención oportuna y de calidad a la población reclusa, se acordó ajustar el Decreto 1141 de 2009, en aquellos aspectos que estaban afectando el proceso de afiliación y de atención de esta población. Producto de tales reuniones, se elaboró un proyecto de decreto modificatorio del Decreto 1141 de 2009. El día 3 de agosto de 2010 se expidió el Decreto 2777 de 2010, que modificó parcialmente el Decreto 1141 de 2009. Este decreto pretende resolver algunos asuntos puntuales como son la identificación de los internos y su cargue en la base de datos única de afiliados, para lo cual, se estableció que el INPEC elaborará un listado censal de población reclusa, de acuerdo a su sistema de identificación, y conforme a las especificaciones que establezca el Ministerio de la Protección Social para el manejo de esta información y de la base de datos única de afiliados.

La Dirección de Planeación de este Ministerio, a través del grupo de sistemas de información, efectuó los correspondientes ajustes en la normatividad para posibilitar la inclusión de estos listados censales

⁸ Como se indicó, con tal propósito se realizaron los días 9 de abril, 14 de abril, 4 de mayo, 7 de julio, 9 de julio, 12 de julio y 28 de julio, todas en 2010.



en las bases de datos del Sistema, expidió la Resolución 1982 de 2010 y sus modificatorias las Resoluciones 2040 y 4712 de 2010, que incluyeron el reporte de información por parte del INPEC.

La modificación contenida en el Decreto 2777 se ocupó de precisar aspectos de afiliación, financiación, prestación de servicios y la condición de los reclusos departamentales, distritales y municipales. Es así como, en punto a la financiación de la afiliación del aseguramiento de la población reclusa, se estableció que la misma se realizará con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, para lo cual el MPS efectuará la asignación de recursos, a partir de la población cargada en la base de datos única de afiliados en cada uno de los municipios en la que se encuentren los establecimientos de reclusión y la UPC-S vigente para cada uno de estos municipios. Corresponde al INPEC y a la EPS-S realizar el cálculo del monto a girar, el cual será validado por el FOSYGA, de acuerdo con el procedimiento que defina el Ministerio de la Protección Social.

Para tal fin, el INPEC requirió cambios estructurales en procesos internos para el logro de la identificación y conformación del listado censal, lo que implicó capacitación por parte del Ministerio de la Protección Social y del Consorcio Fidufosyga 2005 y la disposición de personal que pudiera manejar las bases de datos correspondientes, generando una coordinación al interior de los diferentes centros carcelarios para poder consolidar la información. De esta forma, el INPEC realizó la identificación de población no identificada para el momento de la afiliación, afiliación de nueva población, determinación del estado del aseguramiento de población reclusa ya afiliada, con especificaciones particulares como localización por entidades territoriales, régimen en el que se encontraba registrado cada afiliado, EPS respectiva y codificación como población del INPEC; proceso que también requirió una coordinación entre la EPS-S CAPRECOM y el INPEC, para que una vez reportada la correspondiente información, fuera posible que a través de la Base de Datos Única de Afiliados – BDU, pudieran solicitarse los correspondientes traslados de los afiliados lo que, adicional a las situaciones ya referidas, necesitó de coordinación y comunicación directa entre la EPS-S CAPRECOM y las demás EPS-S del país.

En virtud de lo anteriormente descrito, para consolidar el proceso de identificación de la población reclusa, la afiliación de la población que no se encontraba afiliada y el traslado de los afiliados que se encontraban en otras EPS-S, se expidió la Circular No. 00000071 de 2010, especificando las condiciones de afiliación de la población reclusa a cargo del INPEC, con el fin de informar a las Entidades Territoriales del país y a las EPS-S, para que permitieran el traslado.

Solo con posterioridad a los procesos señalados anteriormente, se ha logrado adelantar la depuración e identificación de la información en la Base de Datos Única de Afiliados - BDU, sobre lo que se evidencia que con corte a 30 de marzo de 2012, el INPEC remitió un listado censal correspondiente a un total de 121.254 reclusos.

No obstante, según reporte del Consorcio del FOSYGA, con corte a marzo 31 de 2012 la población INPEC activa en la BDU es de **91.540**

Adicionalmente, el Decreto 2777 incorporó un cambio importante en términos de la cobertura en la atención en salud de la población reclusa, al determinar la unificación de los planes de beneficios de salud. En virtud de lo anterior, esta población, afiliada al régimen subsidiado, contará con la cobertura en salud del plan obligatorio de salud del régimen contributivo. Para la financiación de la diferencia entre el valor de las UPC se contará con los recursos del INPEC y la prestación de servicios de salud no incluida en el plan obligatorio de salud unificado para la población reclusa, será financiada con cargo a los recursos del INPEC.



Es de destacar, igualmente, que con el Decreto 2777 se exime del pago de copagos y cuotas moderadoras a la población reclusa afiliada al régimen subsidiado. El INPEC deberá reconocer a la EPS-S contratada que atienda a la población reclusa, un costo adicional al cubierto por la UPC, correspondiente a la atención que se realice en las áreas de sanidad de dicho Instituto.

En todo caso, debe resaltarse que, mediante el mecanismo adoptado, se dio cumplimiento a la Ley 1122 de 2007 y que, sobre este tema, la Ley 1438 de 2011 no dispone nada diferente, a salvo, los aspectos generales en torno al funcionamiento y operación del régimen subsidiado.

2. Establezca el nivel de cobertura del sistema de seguridad social, diferenciando atención de personas condenadas y en medidas preventivas.

El 100% de la población carcelaria se encuentra asegurada, CAPRECOM hace presencia en 142 establecimientos carcelarios y en general, tiene a su cargo un 77.5 % de la población reclusa y en diferentes EPS del régimen contributivo está el resto de la población.

3. ¿Cuántos internos han fallecido en el último año al interior de cada uno de los centros penitenciarios? Por favor indique cuantos por causas violentas y cuantos por complicaciones médicas.

CONSOLIDADO DE DEFUNCIONES PROYECTO CAPRECOM - INPEC PERIODO JULIO DE 2011 A JULIO DE 2012					
MES	NÚMERO	ESTABLECIMIENTO	PATOLOGIA	CAUSA PROBABLE DE MUERTE	OBSERVACIONES
JULIO DE 2011	1	IBAGUE	ANEURISMA CEREBRAL?	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EC MODELO	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	MUERTE EN PATIO
	1	EC MODELO	AHORCAMIENTO POR SUSPENSIÓN	AHORCAMIENTO	MUERTE EN PATIO
	1	EC MODELO	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	MUERTE EN PATIO
	1	POPAYAN	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, TBC, NEUMONIA, INM UNOSUPRESIO	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	POPAYAN	HERIDA EN AREA SUPRACLAVICULAR	COMPLICACION HEMORRAGICA SOBRE INFECCION??	MUERE EN IPS EXTERNA
AGOSTO DE 2011	1	EPMSC VALLEDUPAR	CRISIS HIPERTENSIVA	ANEURISMA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	FLORENCIA	HTA - EPOC - DISLIPIDEMIA - CRECIMIENTO PROSTATICO - IVU - GASTRITIS	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPMSC CALI	INFARTO AGUDOAL MIOCARDIO	INFARTO AGUDOAL MIOCARDIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	CUCUTA NORTE DE SANTANDER	AHORCAMIENTO	AHORCAMIENTO	MUERTE EN PATIO
	1	CUCUTA NORTE DE SANTANDER	INTOXICACIÓN EXÓGENA	INTOXICACIÓN EXÓGENA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	LA POLA	PSQUIATRICO	DESCONOCIDA	MUERTE EN PATIO



AGOSTO DE 2011	1	COMBITA	HERIDA CONTUNDENTE EN HEMITORAX DERECHO	COMPLICACION HEMORRAGICA SOBRE INFECCION??	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	IBAGUE	HEMONEUMOTORAX	HEMONEUMOTORAX	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	VIH-SIDA	SIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	CAMIS ACACIAS	ENFERMEDAD RESULTANTE EN INFECCIONES MULTIPLES POR EL VIH - ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO HEMORRAGICO - TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO NO ESPECIFICADO	ENFERMEDAD RESULTANTE EN INFECCIONES MULTIPLES POR EL VIH - ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO HEMORRAGICO - TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO NO ESPECIFICADO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EC MODELO	VIH	NEUMONIA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PAMPLONA	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EC MODELO	TX CRANEO CEFALICO SEVERO CON OTORRAGIA	TX CRANEO CEFALICO	MUERE EN IPS EXTERNA
SEPTIEMBRE DE 2011	1	EC MODELO BOGOTA	BULA PULMONAR	BULA PULMONAR	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPMSC ACACIAS	ENCEFALITIS A ESTUDIO??	ENCEFALITIS	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	MANIZALES	TRAUMA CRANEOENCEFALICO O SEVERO	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPMSC CALI	ASFIXIA MECANICA	ASFIXIA MECANICA	MUERE EN PATIO
	1	COMBITA	EVENTO CEREBROVASCULAR	EVENTO CEREBROVASCULAR	MUERE EN IPS EXTERNA
OCTUBRE DE 2011	1	EPMSC- SINCELEJO	COLON IRRITABLE	PARO RESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	BELLAVISTA	TB MENINGEA	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	IBAGUE	CANCER DE CERVIX	PARO CARDIO RESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
OCTUBRE DE 2011	1	EPMSC CARTAGENA	LINFOMA NO HODKING NO ESPECIFICADO	PARO CARDIORESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPMSC CARTAGENA	HERIDA PENETRANTE EN TORAX	SHOCKHIPOVOLEMICO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	MODELO BOGOTA	DESCONOCIDO	DESCONOCIDA	MUERE EN PATIO
NOVIEMBRE DE 2011	1	ZIQUAIRA	NEUMONIA	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	MODELO BOGOTA	OTROS TUMORES MALIGNOS ESPECIFICADOS DEL TEJIDO LINFATICO, HEMATOPOYETICO Y TEJIDOS AFINES	CANCER	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	COLONIA AGRICOLA	SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR???	SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR???	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	ACACIAS	CUERPO EXTRAÑO EN EL ESTOMAGO	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA



	1	CUCUTA ERON PORTAL NORTE Y SUR	CANCER	FALLA MULTISITEMICA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	CANCER DE PULMON	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	VIH	SIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	HIPERTENSION ARTERIAL	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	HIPERTENSION ARTERIAL	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPCMS IPIALES	SINDROME DEPRESIVO	SUICIDIO	MUERTE EN PATIO
DICIEMBRE DE 2011	1	EC BOGOTA	CANCER	CANCER	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EC BOGOTA	SINDROME CONVULSIVO	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPC TUQUERRES	HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE	TROMBOSIS	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	CA GASTRICO	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	MUERTE EN PATIO
ENERO DE 2012	1	RM BUEN PASTOR	AHORCAMIENTO	AHORCAMIENTO	MUERTE EN PATIO
	1	EPMSC GIRARDOT	VIH	AHORCAMIENTO	MUERTE EN PATIO
	1	EPC JAMUNDI	INS. RESPIRATORIA	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPC JAMUNDI	MENINGITIS NO ESPECIFICADA	DESCONOCIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PUERTO TRIUNFO	CARCINOMATOSIS VS TBC PERITONEAL	MENINGITIS NO ESPECIFICADA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPMSCALARCA	LEUCOPENIA-LEUCEMIA	LEUCOPENIA-LEUCEMIA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	MODELO BOGOTA	VIH	SIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	MODELO BOGOTA	ANTECEDENTES MENTALES	SUICIDIO	MUERTE EN PATIO
	1	MODELO BOGOTA	SUICIDIO	SUICIDIO	MUERTE EN PATIO
	1	EPAMS GIRON	ENCEFALOPATIA-TBC	ENCEFALOPATIA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	IBAGUE	VIH - SIDA	VIH - SIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
ENERO DE 2012	1	IBAGUE	EAO, POP AMPUTACION SUPRACONDILEA MID, PARO CARDIORESPIRATORIO	PARO CARDIORRESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	IBAGUE	DIABETICO	PARO CARDIORESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PICOTA	PARO CARDIORESPIRATORIO	PARO CARDIORESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
FEBRERO DE 2012	1	MODELO BOGOTA	INFARTO	INFARTO	MUERTE EN PATIO
	1	MODELO BOGOTA	MUERTE DE CAUSA A ESTABLECER	POR DETERMINAR	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EL BOSQUE BARRANQUILA	DESCONOCIDA	DESCONOCIDA	MUERTE EN PATIO
	1	EPMSC- SINCELEJO	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	MUERE EN IPS EXTERNA



	1	AGUADAS	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	FALLA MULTISITEMICA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPMSC CALI	SINDROME CONVULSIVO	PARO CARDIORESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	BOGOTA PICOTA	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	MUERE EN IPS EXTERNA
MARZO DE 2012	1	MANIZALES	VIH - TBC	SIDA	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PALMIRA	MASA PULMONAR IZQUIERDA	DERRAME PLEURAL	MUERE EN IPS EXTERNA
ABRIL DE 2012	1	PSCMONTERIA	AGRESION POR ARMA BLANCA	COMPLICACION HEMORRAGICA SOBRE INFECCION??	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	LA DORADA	INTOXICACION EXOGENA	PARO CARDIORESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
MAYO DE 2012	1	VALLEDUPAR JUDICIALJUDICIAL	METASTASIS OSEA	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	PEDREGAL	CALCULO DE RIÑON, HIDRONEFROSIS, RIÑON PEQUEÑO UNILATERAL	SEPSIS	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	VALLEDUPAR	DOLOR ABDOMINAL + DIFICULTAD RESPIRATORIA	SOBRE DOSIS DE SUSTANCIA PSICOACTIVA	MUERE EN IPS EXTERNA
MAYO DE 2012	1	RM BUEN PASTOR	CIRROSIS HEPATICA, SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL, DISFUNCION PULMONAR SEVERA	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	MUERE EN IPS EXTERNA
JUNIO DE 2012	1	EP CUNDUY	HIPERTENSION ARTERIAL	PARO CARDIO RESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	EPMSC APARTADO	TRANTORNO MENTAL	SUICIDIO	MUERTE EN PATIO
	1	MANIZALES	DEPRESION EXOGENA, REACCION AL ESTRÉS GRAVE , NO ESPECIFICADA	SUICIDIO	MUERTE EN PATIO
JULIO DE 2012	1	IBAGUE	OBSTRUCCION VIA AEREA	PARO RESPIRATORIO	MUERE EN IPS EXTERNA
	1	IBAGUE	SINDROME FEBRIL	DESCONOCIDO	MUERE EN IPS EXTERNA
TOTAL DEFUNCIONES					79
TOTAL DE MUERTES EN IPS EXTERNAS¹					61
TOTAL DE MUERTES EN PATIO En estos eventos el paciente muere en su patio y el levantamiento lo realiza la Fiscalía General de la Nación, organismo que entrega al INPEC el reporte y certificado de defunción los cuales por seguridad son manejados por exclusivamente por INPEC.					18

4. ¿Cuántos médicos y enfermeras o auxiliares de enfermería deben estar vinculados a cada uno de los centros penitenciarios?



Es el INPEC quien determina este recurso de acuerdo a la necesidades para el componente de Saneamiento que debe desarrollarse en cada penal y conforme al modelo de atención que se acuerde con el prestador.

5. ¿Cuántos médicos y enfermeras están vinculados en la actualidad a nivel nacional?

Con base en la referencia de la pregunta anterior, CAPRECOM posee al servicio de la población reclusa el siguiente equipo profesional:

AUXILIARES DE ENFERMERÍA - ENFERMERAS Y MÉDICOS PROYECTO CAPRECOM - INPEC A NIVEL NACIONAL		
No.	PROCESO	ACTUALMENTE CONTRATADOS
1	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	325
2	ENFERMERA JEFE	72
3	MÉDICO	199

7. ¿Cuál es el estado de la adquisición de la póliza de aseguramiento para los tratamientos NO POS de los internos?

Es de anotar que el riesgo derivado de las atenciones NO POS se encuentra a cargo de la institución INPEC, quien antes del Acuerdo 032 de 2012, contaba con una póliza para estos eventos. Los detalles de este contrato de seguro son de competencia del INPEC, por cuanto era tomador de ella.

5. Inversiones realizadas en la operación del sistema de seguridad social para población carcelaria.

Respuesta: En tal sentido CAPRECOM ha celebrado contratos de aseguramiento en los últimos 4 años por valor de \$65.599.293.643 y de prestación de servicios de salud intramural por valor de \$26.103.715.046.

El contrato número 092, referido al servicio de salud intramural, terminó el pasado 15 de julio.

6. Atención a la maternidad de las reclusas en Colombia, número de partos promedio en los últimos cinco años, atención al recién nacido entre otras.

Respuesta: Es importante anotar que CAPRECOM ha operado sólo a partir del año 2009 a la población reclusa, y en lo pertinente se presentan las siguientes cifras a la fecha:

ATENCIÓNES MATERNIDAD PROYECTO CAPRECOM INPEC OCT 2009 A ABR 2012		
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO	Consulta Prenatal de Primera Vez por Médico	715
	Serología VDRL - RPR	747
	Consulta de Control Prenatal por Médico	1.095
	Consulta de Control Prenatal por Enfermera	1.069
	Hemograma Completo	1.107
	Hemoclasificación	859
	Uroanálisis	845
	Glicemia	816



ATENCIÓNES MATERNIDAD PROYECTO CAPRECOM INPEC OCT 2009 A ABR 2012		
	Ultrasonografía Pélvica Obstétrica	662
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO	Suministro de Multivitamínicos	2.734
	Consulta General Odontológica de la Gestante	875
	Aplicación de Td o TT	211
	Consejería PRE Y POS TEST para el VIH	1.970
ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO	Atención del Parto y Cesarea	18
	Serología (VDRL-RPR)	54
	Aplicación Doble Viral	9
	Consulta Médica de Control	67
ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL RECIÉN NACIDO	Examen de TSH Neonatal	18
	Aplicación de Vitamina K	18
	Hemoclasificación	18
	Consulta de Control por Médico	240
TOTAL ACTIVIDADES		13.432

13. Determine los programas de acceso a orientación, servicios entre otros con los que cuenta cada centro penitenciario, y establezca el número de beneficiarios de cada uno, así como los resultados obtenidos”.

Respuesta: Sobre el particular es importante mencionar que sin excepción CAPRECOM divulga a través de la “Carta de Derechos y Obligaciones” a sus afiliados, los servicios a los que tienen derecho, ajustados a la política de manejo de información, divulgación establecida en el INPEC.

Para el caso de CAPRECOM-INPEC, la cartilla de derechos se diseñó teniendo en cuenta lo contemplado en La Ley 65 (código penitenciario y carcelario) y el plan de beneficios POS-S, esta se remitió al área de mercadeo de CAPRECOM para su revisión, luego se envió a INPEC el día 27 de enero de 2012, para la verificación de contenido y posterior divulgación y socialización al personal recluso.

16. ¿En cuales centros carcelarios del país se terminó el contrato con Caprecom?

Es importante clarificar que el sistema de aseguramiento en salud del país se modificó y que hoy los operadores contamos con el mecanismo de giro directo del Decreto 971 de 2011, lo que posibilita tener una plataforma más ágil y de control desde el Estado, así los contratos de aseguramiento de la forma como se venían celebrando dejaron de formalizarse, CAPRECOM no fue ajeno a dicho cambio y la dinámica para el servicio de aseguramiento de salud, se realiza de conformidad con esta metodología.

17. ¿Cuáles fueron los motivos para la terminación de los contratos con CAPRECOM?

Me remito a las explicaciones del numeral anterior.

18. ¿Se han liquidado esos contratos con CAPRECOM y cuales siguen vigentes?

En aplicación del Decreto 1141 de 2009 que como lo mencionamos nos permitió ejercer las funciones del aseguramiento, tenemos que se suscribieron los siguientes contratos:



Nº CONTRATO	OBJETO CONTRACTUAL	VIGENCIA	ESTADO
1172	ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS Y ASEGURAMIENTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTRAMURAL.	28 JUL 2009 - 31 ENE 2011	LIQUIDADO
8	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTRAMURAL	1 FEB 2011 - 28 JUN 2011	SIN LIQUIDAR
92	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTRAMURAL	29 JUN 2011 - 15 DE JUL 2012	SIN LIQUIDAR

Las observaciones sobre el "estado sin liquidar" que la tabla refiere corresponden a que el proceso de liquidación principalmente es impulsado por la parte contratante, al respecto precisamos que el contrato 8 (prestación intramural) se encuentra dentro del término para liquidar pues las acciones se encuentran vigentes, y expresamos nuestra intención y voluntad de finiquitar este contrato. En cuanto al contrato 92, se encuentra recientemente terminado, contando la fecha del 15 de julio, cuya etapa de liquidación estaremos prestos a abordar.

Reiteramos que el servicio de aseguramiento propiamente dicho actualmente se sustenta bajo el modelo de giro directo, y por ello, remitimos en lo pertinente a las explicaciones de la respuesta No. 16 del presente escrito.

En los anteriores términos se da respuesta a su solicitud.

Cordial saludo,

MARTHA LUCIA OSPINA MARTINEZ
Viceministra de Salud y Prestación de Servicios (e)

Proyectó: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud y CAPRECOM
Consolidó, revisó: Carmen Angulo Ch.

ⁱ Es de anotar que si la muerte se enlista como "en IPS EXTERNA" significa que CAPRECOM trasladó al paciente a una de las IPS que conforman la red extramural de CAPRECOM, la cual garantiza los servicios de primer nivel en adelante.