



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

<b>Información básica del proyecto</b>	
<b>Nombre del curso</b>	<b>Investigación IV</b>
<b>Título del proyecto</b>	<b>La idoneidad de la medida de detención y prisión domiciliaria para personas privadas de libertad con enfermedades catastróficas</b>
<b>Nombre del investigador o de los investigadores</b>	<b>Edson Fabián Guayara Jiménez</b>
<b>Fecha de inicio del proyecto</b>	<b>12 de noviembre de 2024</b>
<b>Fecha de entrega del informe final</b>	<b>11 de mayo de 2026</b>
<b>Ciudad/país</b>	<b>Medellín – Antioquia</b>

**Resumen**

La investigación presentada examina la idoneidad de sustituir la prisión preventiva por detención domiciliaria u hospitalaria para las personas privadas de la libertad (PPL) que padecen enfermedades catastróficas. A partir de un enfoque cualitativo y un exhaustivo análisis documental, se evalúa el marco normativo, institucional y práctico de esta alternativa, así como su impacto en



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

el goce del derecho fundamental a la salud de la población reclusa. El estudio concluye que, aunque la ley colombiana reconoce la salud como un derecho fundamental y contempla la posibilidad de prisión domiciliaria por motivos médicos, en la práctica persisten barreras severas (hacinamiento carcelario, procedimientos burocráticos, recursos limitados) que minan la eficacia de la medida. Se identifican fortalezas en la fundamentación teórica y jurídica de la propuesta, pero también debilidades en su implementación operativa. El informe recomienda reforzar la coordinación interinstitucional, agilizar los procesos judiciales y asegurar la atención médica integral de los internos, a fin de garantizar de manera efectiva los derechos de salud en contexto carcelario.

Aunado a ello, el documento parte del diagnóstico crítico del sistema penitenciario colombiano, donde el hacinamiento y la precariedad de los servicios de salud agravan la situación sanitaria de las PPL. Las cárceles presentan altas tasas de enfermedades contagiosas y crónicas (como tuberculosis, VIH, hipertensión, diabetes), debido en gran parte al hacinamiento (47,8% sobrecupo en 2017) y a la limitada capacidad de atención médica. Esto vulnera el goce efectivo del derecho a la salud, reconocido constitucionalmente como derecho social para todos los ciudadanos. Ante esta realidad, surge la pregunta de investigación principal del estudio: ¿En qué grado es idónea la sustitución de la medida de detención preventiva (prisión en cárcel) por detención domiciliaria u hospitalaria para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las PPL con enfermedades catastróficas? El objetivo general es analizar la pertinencia y eficacia de tales medidas alternativas dentro del marco jurídico vigente y su aplicación práctica.

Finalmente, los autores reiteran que la sustitución de la prisión preventiva por reclusión domiciliaria/hospitalaria es una medida idónea en teoría, pero problemática en la práctica. Se



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

destaca que el derecho a la salud de las PPL, respaldado constitucional y jurisprudencialmente, exige un abordaje más activo: no basta con permitir legalmente la opción domiciliaria, sino que debe asegurarse su efectividad. Se subraya que la situación actual de las cárceles (hacinamiento, infraestructura médica deficiente) agrava el padecimiento de los internos con enfermedades graves. Por tanto, concluyen que las medidas alternativas deben ir acompañadas de políticas públicas integrales (aumento de presupuesto sanitario en prisiones, capacitación de personal, coordinación entre instituciones de justicia y salud).

Es así como el estudio revela vacíos de implementación que, de no atenderse, perpetuarán la violación de derechos de las PPL enfermas. Finalmente, se sugieren líneas de trabajo: mejorar la recolección de datos sobre salud carcelaria, capacitar jueces y funcionarios en materia de salud penal, y evaluar periódicamente el impacto de las medidas domiciliarias como parte del seguimiento judicial al estado de cosas inconstitucional.

**Cumplimiento de los objetivos**

**Establezca el grado de cumplimiento de los objetivos y la explicación sobre el mismo.**

Objetivo general	Examinar si la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o prisión domiciliaria u hospitalaria es idónea para garantizar de forma efectiva la atención especializada de las personas privadas de libertad (PPL) con enfermedades catastróficas que se encuentran bajo la vigilancia del sistema penitenciario y carcelario colombiano.	100%	
------------------	--	------	--



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Objetivo específico 1	Describir el derecho fundamental a la salud, sus principios y el modelo de salud al que acceden las personas privadas de la libertad que se encuentran reclusas en los centros carcelarios y penitenciarios que están bajo la dirección del INPEC.	100 %	
Objetivo específico 2	Explicar el concepto de enfermedades catastróficas, terminales y raras, así como su marco normativo penitenciario para identificar la incompatibilidad con la pena prisional en los centros penitenciarios y carcelarios que por su contexto imposibilitan el acceso a la salud de las personas privadas de libertad (PPL).	100%	
Objetivo específico 3	Evaluar si el acceso a la salud como derecho fundamental de las personas privadas de libertad (PPL) con enfermedades catastróficas al interior del sistema penitenciario y carcelario colombiano se garantiza eficazmente con la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o prisión domiciliaria u hospitalaria.	100%	



Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito  
Informe final de investigación

Ejecución del cronograma

Relacione las actividades ejecutadas para el cumplimiento de los objetivos.

Actividades	Objetivo relacionado	Fecha de ejecución
Rastreo de Bibliografía relevante y elaboración de propuesta de investigación.	Objetivo general.	
Elaboración de fichas de lectura y creación de matriz de material bibliográfico.	Objetivo específico 1, 2 y 3.	
Elaboración de fichas de lectura, recopilación y lectura de jurisprudencia relevante y creación de matriz de material bibliográfico.	Objetivos específico 2	
Elaboración del primer capítulo de la monografía.	Objetivos específicos 1.	
Elaboración del segundo capítulo de la monografía.	Objetivos específico 2.	
Elaboración del tercer capítulo de la monografía.	Objetivo específico 3.	
Entrega de monografía para depósito en biblioteca.	Objetivo general y específicos 1,2 y 3.	



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito  
Informe final de investigación**

**La Idoneidad De La Medida De Detención Y Prisión Domiciliaria Para Personas Privadas  
De Libertad Con Enfermedades Catastróficas**

**EDSON FABIAN GUAYARA JIMÉNEZ**

TP: 202587 del Consejo Superior de la Judicatura

E-mail: [edsonjef@hotmail.com](mailto:edsonjef@hotmail.com)

Asesor: Carlos Arturo Ruíz

Mateo Ledesma Cano

Universidad Autónoma Latinoamericana

Medellín

2026



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito  
Informe final de investigación**

**La Idoneidad De La Medida De Detención Y Prisión Domiciliaria Para Personas Privadas  
De Libertad Con Enfermedades Catastróficas en Colombia**

**Resumen**

La presente investigación analiza la idoneidad de la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva por prisión domiciliaria u hospitalaria como mecanismo para garantizar el derecho fundamental a la salud de las personas privadas de la libertad (PPL) que padecen enfermedades catastróficas en Colombia. El estudio se desarrolla en el contexto de las condiciones estructurales del sistema penitenciario y carcelario, caracterizado por problemas de hacinamiento, deficiencias en la prestación de servicios de salud y limitaciones en la atención médica especializada.

Desde un enfoque cualitativo, con metodología de análisis documental y un enfoque analítico-hermenéutico, se examinan las disposiciones normativas, la doctrina y la jurisprudencia constitucional relacionadas con el derecho a la salud y el régimen penitenciario. En particular, se abordan los principios que rigen el derecho fundamental a la salud, el modelo de atención en salud de la población privada de la libertad y el marco jurídico aplicable a las enfermedades catastróficas, terminales y raras.

Los resultados evidencian que, si bien el ordenamiento jurídico colombiano reconoce la salud como un derecho fundamental y contempla mecanismos como la sustitución de la medida de aseguramiento, en la práctica persisten barreras estructurales que impiden su garantía efectiva



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

dentro de los establecimientos penitenciarios. Asimismo, se concluye que las condiciones de reclusión resultan incompatibles con el tratamiento adecuado de enfermedades de alta complejidad, lo que pone en riesgo la vida, la dignidad y la integridad de las PPL.

En consecuencia, la investigación cuestiona la idoneidad de las medidas alternativas existentes y resalta la necesidad de fortalecer las garantías institucionales y adoptar enfoques más humanitarios que permitan una protección real y efectiva del derecho a la salud de esta población en situación de especial vulnerabilidad.

**Palabras clave:** Derecho a la salud; personas privadas de la libertad; enfermedades catastróficas; sistema penitenciario; medidas de aseguramiento

***Abstract***

This research analyzes the suitability of substituting preventive detention measures with house arrest or hospital detention as a mechanism to guarantee the fundamental right to health of persons deprived of liberty (PDL) suffering from catastrophic diseases in Colombia. The study is framed within the structural conditions of the penitentiary and prison system, which is characterized by overcrowding, deficiencies in healthcare provision, and limited access to specialized medical services.

Using a qualitative approach, based on documentary analysis and an analytical-hermeneutic method, this research examines legal regulations, doctrine, and constitutional jurisprudence related to the right to health and the penitentiary system. It specifically addresses the



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

guiding principles of the fundamental right to health, the healthcare model for the prison population, and the legal framework governing catastrophic, terminal, and rare diseases.

The findings reveal that although Colombian law recognizes health as a fundamental right and provides mechanisms such as the substitution of detention measures, significant structural barriers persist in practice, preventing its effective guarantee within prison facilities. Furthermore, it is concluded that prison conditions are incompatible with the proper treatment of high-complexity diseases, thereby endangering the life, dignity, and integrity of PDL.

Consequently, this study questions the effectiveness of existing alternative measures and highlights the need to strengthen institutional guarantees and adopt more humane approaches to ensure the real and effective protection of the right to health of this vulnerable population.

**Keywords:** *Right to health; persons deprived of liberty; catastrophic diseases; penitentiary system; preventive detention measures.*

## **Sumario**

Introducción. Capítulo I. Modelo de atención a la salud de las personas privadas de libertad (PPL) que están bajo la vigilancia y custodia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). 1.1. Concepto, antecedentes Históricos y principios del derecho fundamental a la salud. 1.2. Modelo de atención en salud de la población privada de libertad bajo la vigilancia y custodia del INPEC. Capítulo II. Enfermedades Catastróficas, Terminales y Raras en Personas Privadas de la Libertad. 2.1. Definición y características clínicas. 2.2. Marco jurídico internacional y colombiano. Capítulo III. Acceso a la Sustitución de la Medida de Aseguramiento de Detención Preventiva o Prisión Domiciliaria u Hospitalaria para PPL con Enfermedades Catastróficas en Colombia. 3.1. Barreras de acceso a tratamientos adecuados y oportunos, 3.2. Eficacia de la sustitución de la medida privativa de la libertad como garantía del derecho a la salud en el sistema penitenciario colombiano, 3.3. El proceso de sustitución de la medida y la transición interinstitucional 3.4. El protocolo de atención y el fenómeno del "traslape" administrativo, 3.5. Análisis de casos críticos: El deterioro de la "Rosa", 3.6. Jurisprudencia relevante de la Corte Constitucional. Conclusión. Referencias bibliográficas.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

**Introducción.**

En Colombia, el sistema penitenciario y carcelario enfrenta serios desafíos en la provisión de servicios básicos y elementales a las personas privadas de libertad (PPL). Mencionan Rodríguez et al. (2021) que hay una “[...] situación de violencia, hacinamiento y falta de condiciones dignas de vida en distintos lugares de privación de libertad en las Américas” (p.147). Sin embargo, los derechos de los PPL están orientados por los estándares mínimos de cumplimiento adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 45/111 del 14 de diciembre de 1990. En el país, dichos estándares están protegidos por la Constitución Política, las garantías contempladas en el Código Penitenciario y Carcelario —Ley 65 de 1993 modificado por la Ley 1709 de 2014—, así como por la Corte Constitucional (*confróntese* las sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015).

La salud se destaca como un derecho fundamental que no siempre está garantizado, condición que se agrava para la situación de los PPL que padecen enfermedades catastróficas o terminales. Incluso, se evidencia una falta de medios y garantías en el sistema penitenciario y carcelario en Colombia que den acceso, entre otros, a la salud como derecho humanitario. La Corte Constitucional evidenció con la sentencia T-153 de 1998, la cual demostró que: [...] La situación penitenciaria implicaba una vulneración sistemática de derechos, y que las respuestas a éstas no le correspondían exclusivamente a una o varias instituciones determinadas, sino que requerían una respuesta institucional estructural y articulada de distintas ramas del poder público para atender la situación que se presentaba. (Min Justicia, s.f., p.5).



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Adviértase que, el legislador colombiano para superar esta vulneración expidió la Ley 1709 del 2014 que sea el Ministerio de Salud y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) diseñar un modelo de salud para las personas privadas de la libertad recluidas en los centros penitenciarios y carcelarios. Sin embargo, algunas afecciones de salud en PPL son enfermedades infecciosas, las cuales no se pueden tratar dentro un establecimiento en condiciones de hacinamiento, como lo sería la tuberculosis que se trasmite de persona a persona a través del aire; de igual manera, PPL que sufren enfermedades catastróficas que necesitan de atención especializada que se hace incompatible con la vida en prisión. Llevando a plantear los centros penitenciarios y carcelarios que no cuentan con las condiciones y los medios necesarios para brindar un acceso integral y oportuno a la salud del privado de la libertad, abriendo la posibilidad de una sustitución a detención preventiva en el domicilio o prisión domiciliaria, dependiendo de la situación jurídica del interno.

Con base en lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Por qué la sustitución de la medida de aseguramiento o prisión domiciliaria u hospitalaria puede garantizar de forma efectiva la atención especializada de los PPL con enfermedades catastróficas al interior del sistema penitenciario y carcelario colombiano? El análisis del problema y de la pregunta de investigación se sostiene desde el paradigma cualitativo toda vez que parte de un análisis documental. A la vez, se emplea un enfoque analítico-hermenéutico y descriptivo-explicativo, soportando el análisis documental en lo normativo, la doctrina y la jurisprudencia, en tanto se examina si la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o prisión domiciliaria es adecuada para garantizar la atención médica especializada de los PPL con enfermedades catastróficas.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Para darle respuesta a lo anterior, se planteó el objetivo general de examinar si la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o prisión domiciliaria u hospitalaria es idónea para garantizar de forma efectiva la atención especializada de las personas privadas de libertad (PPL) con enfermedades catastróficas que se encuentran bajo la vigilancia del sistema penitenciario y carcelario colombiano. De igual forma, se tienen tres objetivos específicos. Primero, evaluar si el acceso a la salud como derecho fundamental de las personas privadas de libertad (PPL) con enfermedades catastróficas al interior del sistema penitenciario y carcelario colombiano se garantiza eficazmente con la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o prisión domiciliaria u hospitalaria; segundo, describir el concepto de enfermedades catastróficas, terminales y raras, así como su marco normativo penitenciario para identificar la incompatibilidad con la pena de prisión en los centros penitenciarios y carcelarios que, por su contexto, imposibilitan el acceso a la salud de las personas privadas de la libertad (PPL); y, tercero, identificar los criterios normativos y fines establecidos para conceder la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o la prisión domiciliaria u hospitalaria.

Ahora bien, para el primer apartado de la investigación, se describe el derecho fundamental a la salud y el modelo de atención de las personas privadas de libertad (PPL) que están bajo la vigilancia y custodia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). En el segundo acápite, se explican las enfermedades catastróficas, terminales y raras en personas privadas de la libertad, el marco jurídico internacional y colombiano; el último, se evalúa el acceso a la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o prisión domiciliaria u hospitalaria para



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

PPL con enfermedades catastróficas en Colombia. Lo anterior permite llegar a varias conclusiones, en particular establecer garantías para la protección del derecho fundamental a la salud de las personas privadas de la libertad, la realidad del sistema penitenciario evidencia una brecha significativa entre la norma y su aplicación efectiva, particularmente en el caso de quienes padecen enfermedades catastróficas, en este escenario, la sustitución de la medida de aseguramiento se presenta como una alternativa jurídica que, lejos de resolver de manera integral la problemática, plantea dudas sobre su verdadera capacidad para garantizar una atención médica digna y especializada. Por ello, esta investigación se enfoca en cuestionar su idoneidad y en visibilizar las falencias estructurales que continúan afectando el goce efectivo de los derechos fundamentales de esta población.

## **CAPÍTULO I**

### **Modelo de atención a la salud de las personas privadas de libertad (PPL) que están bajo la vigilancia y custodia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).**

El presente capítulo tiene como propósito analizar el modelo de atención en salud dirigido a las personas privadas de la libertad (PPL) bajo la vigilancia y custodia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), con el fin de comprender su estructura, funcionamiento y alcances en el contexto del sistema penitenciario colombiano. Para ello, se abordan, en primer lugar, los fundamentos del derecho a la salud como garantía constitucional, así como sus principios rectores, y posteriormente se examina la organización del modelo de prestación de servicios de



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

salud en los establecimientos de reclusión. Este análisis permite identificar las condiciones reales en las que se materializa dicho derecho, evidenciando tanto los avances normativos como las limitaciones prácticas que inciden en la calidad, continuidad y oportunidad de la atención en salud de esta población, especialmente en situaciones de alta vulnerabilidad.

**1.1. Concepto, antecedentes históricos y principios del derecho a la salud.**

“El vivir bien entre el nacimiento y la muerte depende de la salud la cual nos aproxima a la eternidad, es por ello que la salud es y ha sido la gran persecución de la humanidad, porque evita o retarda la fatalidad de la muerte, por extensión o metáfora, la salud transita desde lo individual hasta lo social y lo cósmico “(Vergara Quintero, 2007, pág. 1). Este pensamiento escrito por la autora nos da referencia de la importancia de la salud en el desarrollo del hombre a través de la historia.

Ahora bien, la salud como proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios epistemológicos por los cuales ha atravesado la ciencia, lo que ha hecho que el concepto haya evolucionado dependiendo de los paradigmas en los que en ocasiones nos ubicamos en el tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la primera mitad de siglo XX entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la OMS, 1946), lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales” (Dever, Mariano, Ramos y Fernández citado en Vergara Quintero, 2007, p. 41-50). El estado de salud de los individuos está determinado por diversos factores, incluyendo la biología de la persona, el medio ambiente, el sistema de salud que le atiende y los estilos de vida. Esta perspectiva enfatiza que la salud no es un fenómeno aislado, sino que está influenciado por el contexto social, económico y cultural en el que se desarrolla cada individuo. Por ello, la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona.

La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Suárez, R. 2001:1, citado en Vergara, Q. MC. 2006). Por lo tanto, en esta investigación se entiende la salud como un derecho fundamental, un recurso de vida para lograr alcanzar las metas propuestas a lo largo de ella. En una buena salud influyen muchos factores, pero el más importante es la concientización de que sin ella no habría manera de lograr lo que queremos a cualquier edad.

Según Vergara Quintero (2007), el concepto de salud ha evolucionado desde una visión mágica-religiosa hasta una perspectiva sistémica y contextual. El concepto de salud ha transitado por tres etapas históricamente determinadas: la concepción tradicional, la concepción moderna y la concepción posmoderna. En primer lugar, la concepción tradicional. Señala Vergara Quintero (2007) que, desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales.

Galeno, nacido en el año 131 A.C., se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad. De esta forma, con el naturalismo hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural. Sin embargo, en la Edad Media se recurre nuevamente al influjo religioso en la presencia de la salud y de la enfermedad.

La concepción tradicional del proceso salud-enfermedad expuesta por María del Carmen Vergara revela un enfoque histórico que, aunque fue funcional en su momento, presenta serias limitaciones al ser comparado con modelos contemporáneos.

El pensamiento mágico-religioso, aunque impregnado de una cosmovisión simbólica y espiritual, anulaba la autonomía del sujeto y delegaba su bienestar en poderes sobrenaturales. Si bien este enfoque ofrecía respuestas culturales válidas dentro de determinados contextos sociales, carecía de bases científicas para el diagnóstico y tratamiento efectivo. En este sentido, se percibe



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

una fuerte dependencia de prácticas empíricas que, aunque significativas para la comunidad, no garantizaban resultados verificables.

Este análisis revela que, aunque la concepción tradicional sentó las bases para el desarrollo de la medicina moderna, resulta insuficiente para abordar los retos actuales en salud pública. Es imprescindible transitar hacia modelos integrales que reconozcan la interdependencia entre biología, cultura, sociedad y ambiente. En segundo lugar, la concepción moderna. Vergara Quintero (2007) aborda la historia de la salud en la Edad Moderna desde una perspectiva evolutiva, destacando como el auge de la ciencia permitió grandes avances en anatomía, fisiología y química, lo que transformó la comprensión de la salud y la enfermedad. En este período, se abandonó la creencia de que las enfermedades eran castigos divinos y se empezó a analizar sus causas desde un enfoque más racional y científico.

Además, con la Revolución Industrial, se identificaron factores ambientales, económicos y sociales que influían en la salud, lo que llevó a un cambio en la manera de abordar la medicina y la salud pública. En los años noventa, se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Vergara Quintero (2007), retoma y profundiza el pensamiento de autores como Herzlich y Moscovici para mostrar que la salud no es una categoría fija ni universal, sino una construcción social dinámica que varía según el contexto, la cultura y las experiencias individuales. En su investigación, ella analiza cómo los jóvenes configuran sus propias representaciones de salud, influenciadas por factores como el trabajo, la violencia, los derechos humanos y la paz especialmente en su tesis doctoral “Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Herzlich, (citada por Viveros, M. 1993) señala cómo los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad. En tercer lugar, la concepción posmoderna. En este enfoque, Vergara Quintero (2007) entiende la salud, como un constructo social influenciado por el lenguaje, la cultura y las relaciones de poder. Se cuestiona la visión biomédica tradicional y se reconoce la importancia de factores subjetivos y emocionales en el bienestar. Explica que los conceptos 'salud' y 'enfermedad' pueden ser redimensionados “mediante la construcción de nuevas posiciones desde el lenguaje de las sociedades, pues se concibe el lenguaje como el centro del proceso de conocer, actuar y vivir” (pág. 53). Vergara Quintero (2007) mantiene una relación de continuidad y reconceptualización con las diferentes versiones del estructuralismo, dado que toma de éste el concepto de “estructuras sociales profundas” (pág. 8); rechaza las definiciones empiristas de lo que construye la estructura social, y mantiene un especial interés por el lenguaje como estructura semiótica.

Finalizando con en la evolución histórica de la salud podemos concluir que la salud es un estado de equilibrio y sanidad del organismo. No es solo un estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas, sino un estado armónico y de sanidad, como un todo simétrico. La salud como un estado de completo bienestar. La concepción de la salud, ya no solo como un estado de equilibrio y de sanidad, sino como el estado de completo bienestar del individuo. Un concepto que contiene elementos físicos, psíquicos y mentales, pero también elementos teóricos y utópicos de



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

desarrollo personal. La salud como la posibilidad del individuo de lograr el mayor desarrollo de su personalidad y de su capacidad de funcionamiento.

Con respecto a los principios del derecho a la salud la Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población. Estos garantizan la interpretación y aplicación en diferentes contextos jurídicos, sociales y éticos. Ellos reflejan valores universales y establecen las bases para la protección y promoción de este derecho humano esencial.

Es pertinente analizar estos principios por su importancia en la materialización del derecho a la salud como derecho fundamental, su carácter integrador y porque en la realidad del sistema de salud colombiano históricamente estos aspectos son los que más se ven opacados y sin importancia en especial para las personas privadas de la libertad (Superintendencia Nacional de Salud, 2015) y no permiten el goce efectivo del derecho. Los principios de continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad.

Estos principios han sido reconocidos por normas internacionales contenidas en tratados sobre derechos humanos ratificados por Colombia. De acuerdo con el concepto de bloque de constitucionalidad<sup>1</sup> estos principios que hacen parte de los tratados con fuerza normativa similar a la de las normas constitucionales, consagran o definen derechos inherentes a la persona y permiten

---

<sup>1</sup> El bloque de constitucionalidad estaría compuesto por todas aquellas normas, de diversa jerarquía, que sirven como parámetro para llevar a cabo el control de constitucionalidad de la legislación. (Corte Constitucional, Sala Plena Sentencia C-191 de 1998)



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

dar garantías para el derecho a la salud y así mismo su justiciabilidad e interpretaciones autorizadas para tomar decisiones respecto a esta.

Entre los tratados internacionales relacionados con el derecho a la salud, dentro del cual se señala el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC)<sup>2</sup>; igualmente, se encuentra el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>3</sup>; Protocolo de San Salvador (Organización de los Estados Americanos, 1988); Convenio de Ginebra y protocolos adicionales. Estos instrumentos, entre otros, obligan a Colombia a adaptar su normatividad interna para cumplir con estos compromisos internacionales; es así como se establecen elementos esenciales y principios como los tratados en el presente artículo.

Con respecto al principio de continuidad, se define como la cualidad de no ser interrumpido, permanecer o hacer durar algo (Diccionario etimológico, 2015). El origen etimológico de la palabra continuidad proviene de “*continuitas*”, se encuentra compuesta por las siguientes partes:

---

<sup>2</sup> *Artículo 12:*

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad. (Pacto Internacional de Derechos Económicos sociales y culturales (Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General., 1976)

<sup>3</sup> *Artículo 25:*

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (Organización de las Naciones Unidas, 1948)



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

El prefijo “con”, que es equivalente a “junto”. El verbo “tenere”, que es sinónimo de “retener” o “dominar”. El sufijo “uo”, que se emplea para indicar relación. Es un término que se refiere al vínculo que mantienen aquellas cosas que están de alguna forma, en continuo.

Como se citó en (Gálvez, 2003, p. 4) según Martín Zurro la continuidad en salud es la “atención a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario)”. La continuidad busca evitar que se deje de prestar un servicio básico para todos los usuarios, que no se vulneren derechos fundamentales como el derecho a la vida.

El sistema de seguridad social integral establecido en la Ley 100 de 1993 no planteó el principio de continuidad, pero el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) con en el Decreto 3045 de 2013: “garantiza la continuidad en el aseguramiento... y establece que toda persona que ha ingresado al sistema de seguridad social en salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 1).

Este concepto, a pesar de no haber sido mencionado de manera explícita en la Ley 100 de 1993, se establece como un elemento fundamental para asegurar la eficacia del derecho a la salud, ya que garantiza que los usuarios no sufran interrupciones injustificadas en la atención médica ni en el acceso a servicios esenciales. Por lo tanto, la continuidad se convierte en una base para concretar la dignidad humana y la salvaguarda de la vida, especialmente para aquellos en situaciones de vulnerabilidad.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Por otra parte, el principio de integralidad. El origen del término integralidad se deriva de integridad, de origen latino *integrītas*, hace hincapié en la particularidad de íntegro. Algo íntegro es una cosa que posee todas sus partes intactas (Diccionario etimológico, 2015). La integralidad, tiene varios sentidos, y uno de ellos consiste en realizar un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema de salud, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que atienden. (Kloh, et. Al, 2014).

En nuestro Sistema de Seguridad Social el principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional para las situaciones en las cuales, los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados. Esta situación de fraccionamiento del servicio se debe por ejemplo al interés que tiene la entidad responsable en eludir un costo que a su juicio no le corresponde asumir (Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008). Esto en contravía del Preámbulo de la Ley 100 de 1993 en la cual indica que el sistema está diseñado para “[g]ozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias” (Congreso de la República, Ley 100 de 1993). En síntesis, el principio de integralidad requiere a las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud para que presten un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico.

Por otra parte, el de oportunidad. El cual viene del latín *oportunitas* que a su vez proviene de ob que significa “hacia” o de op “antes” y portus que significa “puerto”; este término se usaba



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

en el mar para referirse a las condiciones de viento, marea y corriente para avanzar hacia el puerto o destino. De esta forma una embarcación se encontraba en estado de oportunitas cuando su capitán había decidido a donde ir y sabía cómo llegar en “el tiempo justo”. El concepto como tal se define según la Real Academia de la lengua Española (RAE) como el momento o circunstancia oportunos o convenientes para algo, a su vez oportuno la RAE lo define como lo que se hace o sucede en tiempo a propósito y cuando conviene. (Real Academia Española, 2015)

El principio de oportunidad como concepto en la prestación de servicios de salud puede entenderse como la capacidad de satisfacer la necesidad de salud de la persona en el momento preciso en que requiere dicho servicio (Duran, 2004). De hecho, el Ministerio de Salud de Colombia lo tiene dentro de uno de los atributos de la calidad de la atención en salud y amplía el concepto entendiéndolo como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (Ministerio de Salud, 2015).

En nuestro sistema de Salud se habló de dicho principio propiamente hasta la ley 100 de 1993, artículo 153 y numeral 3 donde se nombró como atributo en la garantía de integralidad de la atención (Ley 100, 1993); posteriormente en el decreto 2174 de 1996 lo incluye como principio en el Sistema Obligatorio de garantía de calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 1996), no obstante, quien ha usado el principio y lo ha hecho prevalecer en sus fallos es la Corte Constitucional, quien en varias sentencias cita este principio para fundamentalizar el derecho a la salud y lo define como la prestación del servicio en el momento que corresponde para la



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

recuperación satisfactoria del estado de salud (Sentencia T-745 de 2013) y últimamente fue incluido en el literal E del artículo 6 de la Ley Estatutaria de Salud<sup>4</sup>.

Por último, el principio de accesibilidad. Para la Real Academia de la Lengua Española, el término accesibilidad denota la cualidad de accesible, es decir, que es de fácil acceso o trato, de fácil comprensión o inteligible (“accesibilidad”, 2015). En el contexto sanitario, se refiere a la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Bajo esta óptica, el acceso a la salud constituye un indicador de desarrollo social (Comes, et. al, 2007) lo que en otras palabras implica acortar las brechas entre los ciudadanos y sus sistemas de gobierno y especialmente coartar las determinantes sociales de la salud que, a modo de barreras de acceso a los servicios, impiden que las personas puedan recibir un servicio de salud de calidad, eficiente y equitativo.

En Colombia, el concepto de acceso a los servicios de salud se ha intentado explicar operativamente, es decir, como la puerta de entrada al Sistema de Salud que se caracteriza por ser restringida y ajustada a datos e indicadores de cobertura y aseguramiento, por ejemplo, el número de camas hospitalarias por 1000 habitantes, la tasa de médicos por habitantes, el número de consultas de urgencias por cada 10 consultas externas en la red pública, etc.

Por otra parte, la base de datos de afiliados del Ministerio de Salud para el año 2017 que registra datos sobre el régimen de afiliación, muestra inequidades en el acceso, en las diferentes

---

<sup>4</sup> Artículo 6o. Elementos y Principios del Derecho Fundamental a la Salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:  
e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones (Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, artículo 6)



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

regiones del país, pues aún hay una proporción importante de la población sin cobertura en salud y prevalece la insuficiente distribución de recursos para la salud entre las zonas urbanas y rurales.

En el contexto, el numeral C del artículo 6 de la Ley Estatutaria en Salud<sup>5</sup>, la accesibilidad es entendida como la posibilidad de que los servicios y tecnologías puedan ser accesibles a toda la población en condiciones de equidad y con base en las características culturales individuales y colectivas. Bajo este principio rector, el concepto alude a la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Así las cosas, Ramírez et, al (2016) señala que, la perspectiva de la oferta de los servicios de salud derivada de la lógica del mercado y se enfoca en los determinantes sociales del estado de salud, mediante los que el Estado asume la responsabilidad de adoptar políticas encaminadas a disminuir las desigualdades que afectan el goce del derecho fundamental a la salud, por lo que promueven el mejoramiento de las condiciones de salud, buscan prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población colombiana.

Por otro lado, a los principios de continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad se adicionan los siguientes como criterios orientadores de la aplicación de la normativa en Colombia.

El principio de autonomía de la voluntad.

Un principio es el de la autonomía de la voluntad, Significa que el único dueño de las decisiones que atañen al cuerpo, la mente o el espíritu de la persona es el individuo. También puede llamárselo de autodeterminación, o principio de la libertad, de elegir el profesional de la salud y a

---

<sup>5</sup> (Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, artículo 6)



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

siempre, la libertad que el profesional tiene de rechazar al paciente, siempre que no lo coloque en e siempre una situación de grave riesgo o abandono.

El principio pro homine llama a adoptar la solución más favorable y amplia para el goce del derecho humano. El principio pro homine aplicado al derecho a la salud significa que toda interpretación, decisión o norma debe favorecer al ser humano, garantizando la mayor protección posible de sus derechos fundamentales. En otras palabras, se debe optar siempre por la alternativa más beneficiosa para la persona, especialmente cuando hay dudas o múltiples normas aplicables. (Organización de los Estados Americanos, 1969, p, 13)

Principio de progresividad del derecho, el cual significa por un lado la mejora con respecto al derecho en sí, y por el otro lado el gradualismo en el progreso, en tanto no es fácil lograr mejoras inmediatamente. También se dice que no podrían existir restricciones ni suspensiones sobre todo en situaciones de emergencia, en donde los gobernantes suelen echar mano, p. ej., de recortes presupuestarios en el ámbito de los sectores débiles. Como se aplica:

- La interpretación favorable hay varias formas de entender una norma sobre salud, se elige la que más protege al paciente.
- **Acceso preferente:** Ante conflictos entre normas, se prioriza aquella que amplía el acceso a servicios de salud.
- **Protección reforzada:** Se usa para defender el derecho a tratamientos, medicamentos o procedimientos que puedan estar en disputa. (Díaz Muñoz, 2019, p,15).



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

**Principio de la confidencialidad**, por el cual todo individuo que tome contacto con información o material personal debe cuidar de utilizarlo en aquello para los fines estrictamente necesarios y tenidos en cuenta, sin utilizarlos más allá de ellos, en tanto, como prolongación de la persona, son parte de ella, y necesitan disponerse de ellos con su consentimiento. (Congreso de Colombia, artículo 14, Ley 1581 de 2012)

**Principio de la veracidad** que puede tomarse como una idea-símbolo o meta, más allá de las discusiones gnoseológicas acerca de la existencia o no de la verdad. Implicaría que los profesionales de la salud brinden toda la información necesaria al paciente, para que él tome las decisiones del caso e implica también para el paciente el decir todo al profesional de la salud, para que ocurra lo mismo de su parte. Puede pensarse que, a mayor confidencialidad y respeto al secreto, mayor veracidad del paciente y, en última instancia, mejor salud. (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-547 de 2008)

**Principio de interdisciplinariedad** significa la participación, intercambio, y articulación de distintas ramas de la ciencia que colaboran a la hora de la toma de una decisión en función de una meta común. Lo que ocurre en los comités de bioética hospitalarios y de ética de la investigación, así como en el ámbito de la salud mental. (Araya Et al, 2019)

Por último, el principio de la diversidad cultural. También se lo puede llamar multiculturalismo, pluralismo, y en su versión política laicismo. Permite un ámbito para la pacífica convivencia de distintas cosmovisiones, y como el Estado es el encargado de articular, arbitrar y hacer posible dicha convivencia, no puede adherirse a alguna de ellas. Por ello la promoción de la salud es incompatible con un Estado confesional, en las formas o en los hechos. La ciencia es



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

imposible si está sesgada o administrada por la religión, y prueba de ello fue el caso de Galileo Galilei. Este principio fundamenta la existencia de los comités de bioética, sean hospitalarios o de ética de la investigación científica. Permite también el ejercicio de la objeción de conciencia (Galati, E., 2018)

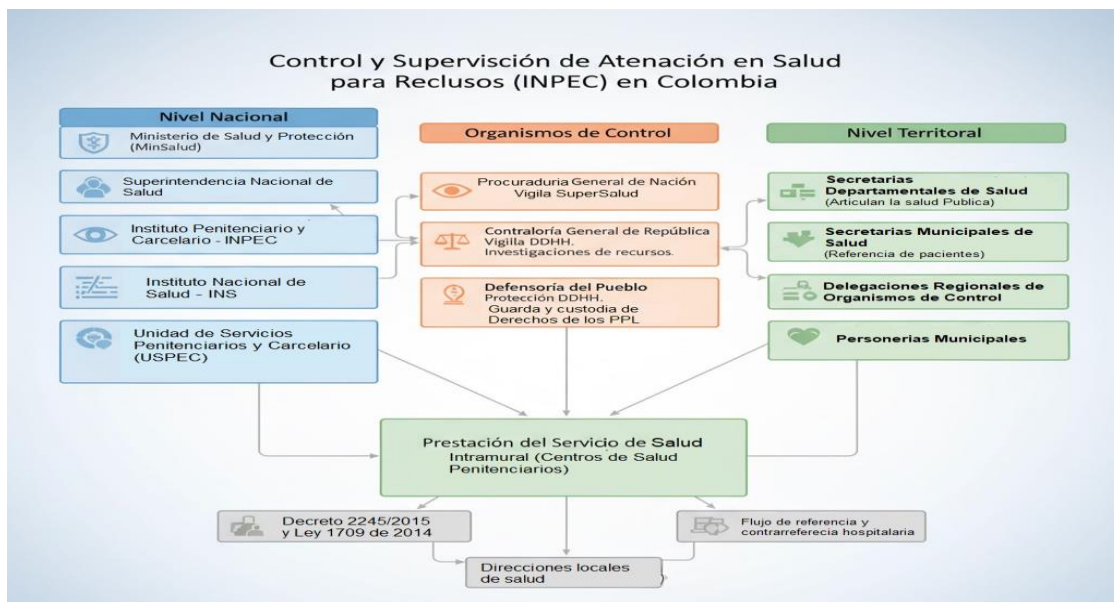
La Ley Estatutaria 1751 de 2015 consagra el derecho fundamental a la salud e identifica un conjunto de principios y elementos esenciales que deben guiar la prestación de los servicios de salud. Dichos principios reflejan valores universales como la integralidad, equidad, continuidad y accesibilidad y establecen las bases jurídicas para la protección y promoción de la salud como derecho humano. Estos principios no son meros conceptos teóricos: son la guía para que el Estado y los prestadores garanticen el acceso permanente y de calidad a la atención sanitaria. Como señala Estupiñan, L., (2012), estos principios “son relevantes en la materialización del derecho a la salud como derecho fundamental en su carácter integrador” (p.8), pues en la práctica del sistema de salud colombiano históricamente han sido los aspectos más vulnerados, obstaculizando el goce efectivo del derecho. En consecuencia, garantizar el derecho a la salud implica cumplir con estos principios rectores, asegurando que cada persona reciba atención continua, integral y sin discriminaciones.

## **1.2. Modelo de atención en salud de la población privada de libertad bajo la vigilancia y custodia del INPEC**

En Colombia el Modelo de Atención en Salud de la PPL se basa en el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad (Ley 1709 de 2014), implementado gradualmente por los Decretos 2245 y 2519 de 2015. Según el Manual Técnico-Administrativo de la USPEC, el modelo es integral, con enfoque diferencial y de género, centrado en la atención primaria y la prevención.

**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Su objetivo es garantizar la prestación de servicios de salud al 100% de la PPL, asegurando continuidad, integralidad y calidad de la atención desde el examen de ingreso hasta el examen de egreso. El modelo procura que la PPL reciba atención de la misma calidad que la población general, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La normatividad incluye, además de la Ley 1709/2014, los Decretos 2245/2015 y 2519/2015 (implementación gradual del modelo) y las Resoluciones 5159/2015 y 3595/2016 (adopción del modelo en SGSSS).



*Nota:* Elaboración propia.

El modelo involucra actores institucionales *directos e indirectos*. Según el Manual Técnico, los directos son: INPEC, USPEC, prestadores intramurales, y la entidad fiduciaria (Fiduprevisora S.A., liquidadora de CAPRECOM en este contexto), otros actores (Ministerios, autoridades territoriales, Supersalud, EPS en regímenes contributivo/excepción) tienen funciones de rectoría, coordinación o apoyo. A Nivel Nacional el modelo presenta los siguientes actores involucrados en la supervisión de la atención en salud para reclusos bajo jurisdicción del INPEC.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

- **Ministerio de Salud y Protección Social:** Ente rector en materia de salud, formula políticas, estándares y modelos para la atención en salud de la población carcelaria en coordinación con la USPEC, diseña el modelo de atención en salud para personas privadas de la libertad, adoptado mediante resoluciones ministeriales.
  
- **Superintendencia Nacional de Salud:** Órgano adscrito al MinSalud, con función de inspección, vigilancia y control (IVC) sobre los servicios de salud, además, la Supersalud supervisa a los prestadores de servicios de salud contratados para las cárceles y verifica que se garantice la calidad en la atención médica intramural y extramural a los internos, de acuerdo con los estándares del sistema de salud.
  
- **Ministerio de Justicia y del Derecho (MinJusticia) e INPEC:** El MinJusticia es la entidad de la cual depende el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), encargado de la custodia de los reclusos y la administración de las cárceles nacionales.
  
- **Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC):** Entidad adscrita al MinJusticia, encargada de la gestión del aseguramiento en salud de la población reclusa, la USPEC administra el Fondo Nacional de Salud PPL por medio de una fiduciaria y contrata los prestadores de salud (IPS) que operan en las cárceles.
  
- **Procuraduría General de la Nación:** Es el máximo órgano de control disciplinario del Estado (Ministerio Público), la Procuraduría vigila la actuación de los funcionarios públicos y la garantía de los derechos humanos de los reclusos.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

- **Contraloría General de la República:** Órgano de control fiscal encargado de vigilar la correcta ejecución de los recursos públicos. En este contexto, supervisa la gestión financiera del Fondo Nacional de Salud de PPL y los contratos de salud en las prisiones, para asegurar que los dineros del Estado destinados a la salud de los reclusos se utilicen conforme a la ley.

- **Defensoría del Pueblo:** Es la institución nacional encargada de la promoción y protección de los derechos humanos, si bien no tiene poder sancionatorio, ejerce vigilancia humanitaria sobre las condiciones de reclusión. A nivel nacional, la Defensoría (*a través del Delegado para Política Criminal y Penitenciaria, y los Defensores Regionales*) monitorea que se respete el derecho fundamental a la salud de las personas privadas de la libertad.

A Nivel Departamental y Municipal se cuenta con los siguientes actores.

- **Secretarías Departamentales de Salud:** Los departamentos (y distritos especiales, como capitales) son responsables de la inspección, vigilancia y control sanitario de los prestadores de servicios de salud en su territorio, incluyendo las IPS que atienden dentro de las cárceles, cada cárcel nacional del INPEC se encuentra en un departamento; por tanto, la Secretaría de Salud departamental respectiva supervisa que el puesto o centro de salud intramural cumpla con los estándares de habilitación (infraestructura, personal, equipos médicos, medicamentos) exigidos por el Sistema de Salud.

- **Secretarías Municipales de Salud:** A nivel municipal, las ciudades donde están ubicadas las cárceles también ejercen funciones de control sanitario., en municipios grandes que



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

cuentan con Secretaría de Salud propia (o direcciones locales de salud), estas suelen encargarse directamente de la habilitación y vigilancia de las IPS locales. La Secretaría de Salud municipal verifica que el servicio de salud dentro de la cárcel esté autorizado y funcione adecuadamente, ya sea en coordinación con el departamento o de forma directa si el municipio tiene competencia certificada en salud.

- **Delegaciones regionales de organismos de control:** Los órganos nacionales de control descritos (Procuraduría, Defensoría, e incluso la Supersalud) tienen presencia descentralizada en las regiones, lo que refuerza la supervisión a nivel territorial. La Procuraduría General cuenta con procuradores regionales o provinciales que pueden realizar visitas a los centros carcelarios de su jurisdicción, verificar las condiciones de atención en salud y adelantar procesos disciplinarios contra funcionarios locales si corresponde.

- **Personerías municipales:** Los personeros municipales (en cada municipio donde hay un centro penitenciario) son actores fundamentales de control a nivel local. La Personería, como parte del Ministerio Público a nivel municipal, tiene por mandato constitucional velar por la promoción y protección de los derechos humanos en su localidad. En el contexto carcelario, los personeros visitan regularmente las cárceles de su municipio para revisar las condiciones de reclusión, incluyendo el funcionamiento del servicio de salud.

El modelo está regulado en el artículo 66<sup>6</sup> de la Ley 1709 de 2014. Para ganar en su comprensión es necesario definir, previamente, conceptos que adopta y que sirven de lineamiento

---

<sup>6</sup> Artículo 66. Modificase el artículo 105 de la Ley 65 de 1993, el cual quedará así:



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

para la afiliación y prestación de servicios de salud en el sistema penitenciario (Resolución 5512 de 2016).

**Aseguramiento en salud:** Los internos tienen acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin discriminación por su condición jurídica. La afiliación puede ser al régimen contributivo, especial, de excepción o subsidiado.

**Atención intramural:** Se prioriza la prestación de servicios dentro de los establecimientos penitenciarios, con énfasis en atención primaria, salud mental y odontología.

**Sistema de referencia y contrarreferencia:** Se establecen mecanismos para la remisión de pacientes a centros de salud externos cuando los servicios intramurales no pueden atender ciertas condiciones médicas.

**Supervisión y auditoría:** El INPEC realiza auditorías a las EPS encargadas de la atención médica de los internos, asegurando calidad y oportunidad en los servicios.

**Salud pública y prevención:** Se implementan programas de promoción de la salud, gestión del riesgo y vigilancia epidemiológica dentro de los establecimientos penitenciarios.

---

*Artículo 105. Servicio médico penitenciario y carcelario.* El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.

La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) será la responsable de la adecuación de la infraestructura de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se prestará la atención intramural, conforme a los que establezca el modelo de atención en salud del que trata el presente artículo.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

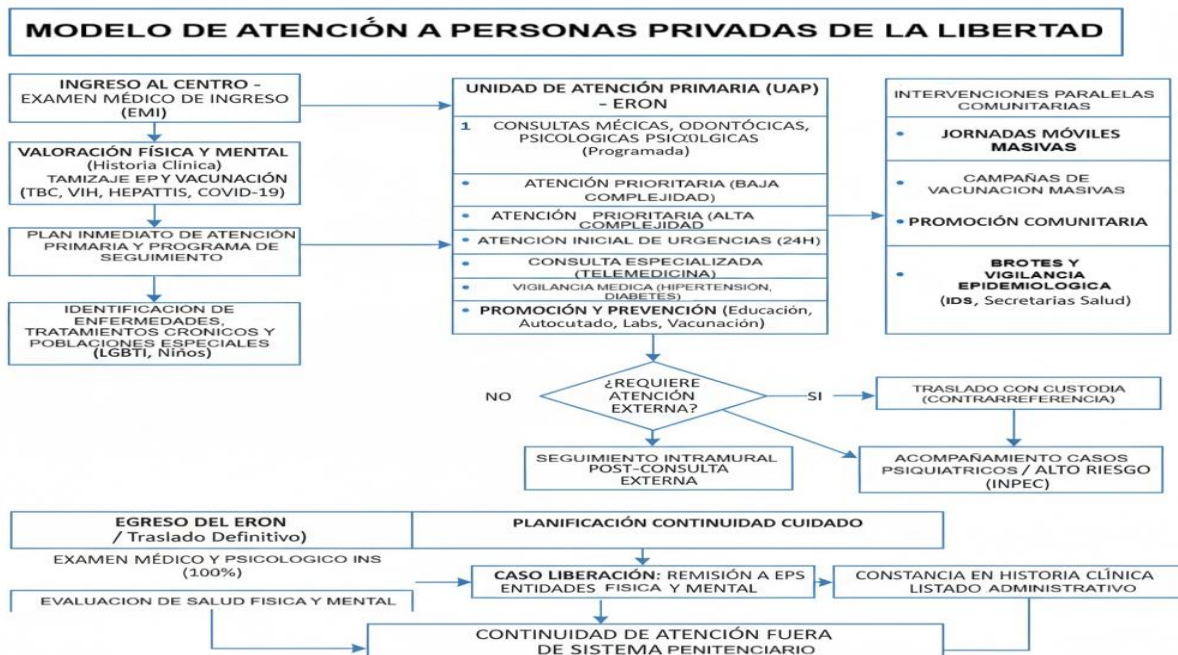
**Telemedicina:** Se han desarrollado estrategias para la atención médica a distancia, facilitando el acceso a especialistas sin necesidad de traslados.

La afiliación del PPL al sistema de salud se da en el marco y conforme a los principios orientadores del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), las rutas integrales establecidas y bajo un enfoque resolutivo, oportuno y garantista, que asegure la continuidad y la integralidad en la atención de la población. En relación con el aseguramiento se tiene el régimen contributivo y especial. El PPL en calidad de imputado o condenado que se encuentre afiliado al régimen contributivo debe cumplir con los requisitos establecidos en la normatividad vigente (cotización mensual y cancelación de copagos y cuotas moderadoras de atención), en calidad de cotizante o beneficiario. Las cotizaciones son una contribución al financiamiento del sistema de salud y están sujetas a la capacidad económica del afiliado. De igual forma, se cuenta con PPL afiliados al régimen especial por ser personas que pertenecen a sectores vulnerables (Resoluciones 4005 y 5512 de 2016).

En la práctica, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE)C gestiona la afiliación masiva por listados censales: si un PPL no está afiliado voluntariamente a ninguna EPS, el INPEC lo inscribe en el régimen subsidiado (*p.ej. vía formulario único*) con validación de su condición de PPL (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2016, artículo 8), por lo que, el subsidio requiere clasificación SISBEN; de hecho, un PPL sin capacidad de pago se vincula al régimen subsidiado (SISBEN), ya que, toda esta afiliación se financia con recursos del Fondo Nacional de Salud – PPL, administrado por USPEC a través de entidades fiduciarias.

Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito  
Informe final de investigación

De igual manera se debe dar a conocer a terceros la operatividad y cubrimiento del Modelo de Atención de Salud a los PPL, para ello se diseñó un esquema que pretende dilucidar la ruta de prestación del servicio de salud atención de las personas privadas de la libertad desde el momento en que llega al establecimiento carcelario y penitenciario hasta que se encuentren fuera del mismo.



Nota: Elaboración propia

La atención a la PPL recorre varias etapas o “puertas de entrada” desde su ingreso hasta la salida del sistema penitenciario. A continuación, se describe el flujo general:

Al llegar al centro penitenciario, toda persona recibe un examen médico de ingreso (EMI), que incluye historia clínica, valoración física y mental, tamizajes epidemiológicos y vacunaciones prioritarias. Este examen busca identificar enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles (tuberculosis, VIH, hepatitis, COVID-19, etc.), iniciar tratamientos de condiciones crónicas y



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

segmentar poblaciones especiales (LGBTI, niños, etc.) para atención diferencial. También se realiza valoración odontológica y psicológica de ingreso. El resultado define el plan inmediato de atención primaria y el programa de seguimiento (citas, tratamientos, prevención).

La Unidad de Atención Primaria (UAP) del ERON es el centro de servicios diarios, aquí el PPL accede a: consultas médicas generales, odontológicas, y psicológicas programadas; atención prioritaria (patologías de baja complejidad sin cita); atención inicial de urgencias (AIU) disponible 24h; y, según caso, consultas con especialistas vía telemedicina. El personal de la UAP realiza vigilancia clínica (controles de crónicos, hipertensión, diabetes, etc.) y aplica acciones de promoción (educación en salud, autocuidado) y prevención (toma de laboratorios, vacunación). El objetivo es resolver la mayor cantidad de necesidades en el mismo ERON, priorizando la atención preventiva y promotora.

Ahora bien, de forma paralela se ejecutan jornadas móviles de medicina y odontología, campañas de vacunación masiva (cobertura total de la población penitenciaria) y actividades de promoción comunitaria, se manejan brotes y vigilancia epidemiológica (reportando casos al INS y Secretarías de Salud). Estas intervenciones buscan mejorar la salud general de la población del centro y prevenir contagios dentro del establecimiento.

Cuando una persona reclusa requiere atención o procedimientos que exceden la capacidad intramural (hospitalización, estudios o tratamientos de mayor complejidad), se remite a un IPS del sistema general, el prestador intramural gestiona las autorizaciones mediante la entidad fiduciaria, el traslado se hace bajo custodia y vigilancia. El médico que recibe al paciente externo debe informar la historia clínica e indicar contrarreferencia. INPEC acompaña a casos psiquiátricos o



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

de alto riesgo durante la consulta. El modelo garantiza que estos traslados no interrumpan los tratamientos; al egreso de la consulta extramural se programan seguimientos intramuros.

Finalmente, antes de que el interno salga del ERON (por libertad o traslado definitivo), se realiza un examen médico y psicológico de egreso al 100%, este examen evalúa el estado final de salud física y mental del recluso para planificar su continuidad de cuidado, en caso de liberación, se remite a EPS o entidades de protección (si hay), se deja constancia en la historia clínica y el listado administrativo. Este paso asegura la continuidad de la atención fuera del sistema penitenciario.

En este orden de ideas, las acciones administrativas del INPEC, están orientadas a realizar:

- (i) seguimiento y control del aseguramiento de la PPL, garantizando el acceso oportuno y de calidad en los servicios de salud (artículo 14 del Decreto 2496 de 2012); (ii) auditorías a la prestación de los servicios de salud a cargo de las EPS para la población reclusa a cargo del Instituto, (iii) informes sobre el aseguramiento de los internos (as) que no estén sujetos a reserva legal para MINSALUD, USPEC y a organismos de control que lo soliciten (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, s.f).

Con todo lo anteriormente expuesto y, a pesar de las diferentes estrategias implementadas por las entidades responsables durante las últimas dos décadas, la situación de las cárceles y penitenciarias en el país continua siendo muy preocupante, en relación con la carencia de condiciones humanas dignas para la PPL y los altos índices de hacinamiento, debido a que las condiciones físicas de la infraestructura no son las requeridas para la cantidad de PPL ni tampoco a las necesidades de dicha población, como consecuencia de la falta de planeación, coordinación



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

y efectividad de la gestión de cada una de las entidades responsables y dejando metas y programas incumplidos, en los cuales podemos evidenciar acciones concretas y en el incumplimiento del Modelo de Atención de Salud; concluyendo que la PPL no cuenta con condiciones dignas para permanecer en los diferentes centros de reclusión del país.

## **CAPÍTULO II**

### **Enfermedades Catastróficas, Terminales y Raras en Personas Privadas de la Libertad**

En Colombia se consideran enfermedades catastróficas, terminales y raras aquellos padecimientos de carácter extremadamente grave que imponen desafíos clínicos y sanitarios excepcionales. En términos sanitarios, una enfermedad catastrófica alude a patologías de alta severidad y complejidad cuyo manejo implica un costo elevado y prolongado, con baja ocurrencia en la población general y con resultados terapéuticos muchas veces limitados (Lifschitz, E., 2015, p, 5).

Este concepto, empleado en la política de salud colombiana, engloba condiciones que pueden llevar al colapso financiero de un hogar o suponer un reto importante para el sistema de salud por la sofisticación de sus tratamientos; típicamente incluye ciertos cánceres en fases avanzadas, insuficiencias orgánicas terminales (como la insuficiencia renal crónica que demanda diálisis o trasplante) u otras enfermedades de alto costo. Por su parte, se denomina enfermedad terminal a aquella patología incurable en fase avanzada que no responde a los tratamientos disponibles y cuyo desenlace fatal se espera en un plazo relativamente corto (usualmente meses) (Amado & Oscanoa 2020).



## Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito Informe final de investigación

En conjunto, las enfermedades catastróficas, terminales y raras son clínicamente relevantes no solo por su impacto directo en la mortalidad o la discapacidad, sino porque exigen una atención médica altamente especializada y continua. Su adecuado manejo se ha reconocido como una prioridad en salud pública, tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por la normativa colombiana, dado que involucra proteger el derecho a la vida y a la salud de pacientes en condiciones de extrema vulnerabilidad

### 2.1 Definición y características clínicas

Las enfermedades catastróficas son patologías de muy alta complejidad médica y costo económico, con baja frecuencia en la población. En Colombia se entiende por “enfermedades ruinosas o catastróficas” aquellas que implican alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994, artículo 16). Esto incluye, por ejemplo, cánceres que requieren quimioterapia o radioterapia, insuficiencia renal crónica que exige diálisis o trasplante, complicaciones del VIH/SIDA, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994). En conjunto, estas enfermedades crónicas de curso prolongado suponen un riesgo vital y un gasto sanitario elevado.

Además de ello, las enfermedades terminales, son aquellas en etapa avanzada e irreversible en las que no es viable la curación y se prevé el fallecimiento en un horizonte cercano. Se caracterizan por un deterioro progresivo que limita severamente la expectativa y calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que los cuidados paliativos están destinados a quienes afrontan una “*enfermedad potencialmente mortal*”. En la práctica clínica, esto significa



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

condiciones avanzadas sin respuesta efectiva a terapias, con presencia de síntomas graves (dolor intenso, disnea, etc.) que requieren manejo paliativo especializado.

Por otro lado, las enfermedades raras (huérfanas) son aquellas enfermedades graves, crónicamente debilitantes y potencialmente mortales que afectan a un porcentaje muy reducido de la población. En Colombia se define una enfermedad huérfana como aquella con prevalencia inferior a 1 caso por cada 5.000 personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010, artículo 2 Ley 1392 de 2010). Internacionalmente, la OMS ubica el umbral en menos de 65 por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades raras suelen ser crónicas, progresivas y con origen genético en la mayoría de los casos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010, artículo 2 Ley 1392 de 2010) a menudo sin tratamiento curativo disponible. Ejemplos típicos incluyen distrofias musculares, fibrosis quística o enfermedades metabólicas congénitas, las cuales comprometen severamente la capacidad funcional y la supervivencia.

Entre las características clínicas comunes a estos tres grupos de enfermedades destacan:

- **Curso crónico y progresivo:** muchas son generan un deterioro a largo plazo.
- **Gravedad y complejidad:** son potencialmente mortales y requieren atención médica especializada (p. ej. terapias génicas, cuidados intensivos).
- **Baja prevalencia:** afectan a una porción limitada de la población, lo que dificulta la acumulación de experiencia clínica y la investigación de tratamientos efectivos.
- **Impacto sistémico:** suelen afectar múltiples órganos o sistemas, generando síntomas severos como dolor crónico, falla orgánica, y dependencia de ayudas médicas continuas.



## Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito Informe final de investigación

Estas definiciones y características, establecidas en la normativa sanitaria (por ejemplo, la Ley 972/2005 y resoluciones del Ministerio de Salud) y en organismos internacionales (OMS, Orphanet), subrayan la excepcionalidad de estas condiciones. En conjunto, se trata de enfermedades de alto riesgo biológico y social, que demandan cuidados integrales intensivos, difíciles de replicar en el entorno penitenciario. Además de ellos, la OMS advierte que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves en las etapas finales del SIDA o el cáncer (aparece moderado o intenso en el 80% de estos pacientes) (OMS, 2020), adicionalmente, problemas respiratorios graves (disnea), infecciones oportunistas y complicaciones metabólicas son habituales.

La atención paliativa busca precisamente mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades avanzadas (OMS, 2020). Lo anterior, invita a mirar la vida en prisión de un enfermo con una enfermedad catastrófica que demanda tratamientos que son de alta complejidad tecnológica. Por ejemplo, la lista de terapias para enfermedades catastróficas incluye *radio/quimioterapia para cánceres, diálisis renal, trasplantes (corazón, riñón, médula ósea, córnea), tratamientos avanzados para VIH/SIDA y complicaciones, cirugías neurológicas o cardíacas complejas, atención en unidades de cuidado intensivo, reemplazos articulares, etc.* (Mohammed, et al, 2022). Ningún centro penitenciario cuenta con la capacidad de ofrecer la mayoría de estas prestaciones; en la práctica sólo sería posible fuera de la cárcel.

### **2.2 Marco jurídico internacional y colombiano.**

A nivel internacional, organismos de derechos humanos han instado medidas semejantes. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos urgió a los Estados a conceder “*medidas*



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

*alternativas como la libertad condicional, arresto domiciliario o libertad anticipada*” a personas mayores o con enfermedades crónicas en prisión, por ser grupos de “*mayor riesgo de salud*” (Ministerio de Justicia y del Derecho, Decreto 546, 2020). La Alta Comisionada de la ONU ha denunciado que las cárceles suelen estar “atestadas” y con servicios de salud “deficientes o inexistentes” (Ministerio de Justicia y del Derecho, Decreto 546, 2020) haciendo humanitariamente inviable atender adecuadamente condiciones médicas complejas dentro de ellas. Incluso en otros países existen figuras como el “*compassionate release*” (liberación compasiva) en Estados Unidos, donde los internos con enfermedades terminales (vida útil estimada en pocos meses) pueden ser excarcelados anticipadamente.

En Colombia el encierro impide ofrecer un tratamiento integral, humano y digno. Los reclusos con enfermedades catastróficas, terminales o raras quedan privados de intervenciones especializadas y de un ambiente saludable. La imposibilidad de higiene adecuada, la mala nutrición frecuente en las cárceles, y el estrés ambiental (ruido, violencia, insalubridad) deterioran aún más su condición, acelerando el deterioro físico y mental. En un enfoque global se reconoce que encarcelar a personas con enfermedades graves puede violar estándares mínimos de derechos humanos y salud. Por ende, la vida en prisión de un enfermo con una enfermedad catastrófica requiere una atención integral y coordinada, que combine cuidados médicos, psicológicos, de fisioterapia y de trabajo social, además de un entorno adaptado a sus necesidades (hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos, hospicio, entre otros).

Sin embargo, en el contexto carcelario, las condiciones limitan de manera significativa la posibilidad de ofrecer este abordaje integral. En el ámbito constitucional y estatutario, la Ley 1751



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo. Su parágrafo 3° del artículo 2 prohíbe que cualquier criterio excluyente en salud limite “*el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas*” (Ministerio Salud y Protección Social, 2023). Esto subraya que el Estado debe garantizar la atención integral sin discriminación.

El Decreto 546 de 2020, dictado en la emergencia por COVID-19, reforzó estos principios: citando el artículo 104 del Código Penitenciario, recordó que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar los derechos humanos de los reclusos, entre ellos la salud (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2020). Asimismo, por medidas de salud pública (CIDH y ONU), ordenó otorgar prisión y detención domiciliarias prioritaria a personas con enfermedades crónicas o en grupos de riesgo, para proteger su vida (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2020).

El marco legal colombiano reconoce el derecho fundamental a la salud de toda persona, incluida la población privada de la libertad. El Código Penitenciario (Ley 65/1993, art. 106)<sup>7</sup> dispone asistencia médica especial para internos con enfermedades graves: “*las personas privadas de la libertad portadoras de VIH, con enfermedades infectocontagiosas o con enfermedades en fase terminal serán especialmente protegidas*” (Congreso de la República, Diario Oficial No. 40.999, de 20 de agosto de 1993). Incluso autoriza la creación de pabellones especiales para salvaguardar su salud. Adicionalmente, la misma Ley obliga a los centros penitenciarios a notificar

---

<sup>7</sup> Artículo 106: una persona privada de la libertad se encuentra en estado grave por enfermedad o enfermedad muy grave incompatible con la vida en reclusión formal, conforme a la reglamentación expedida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, dará aviso en forma inmediata a la autoridad judicial con el fin de que se le otorgue el beneficio de libertad correspondiente



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

al juez cuando detecten un recluso “*en estado grave por enfermedad o incompatible con la vida en reclusión formal*”, a fin de tramitar un beneficio de libertad (Congreso de la República, Diario Oficial No. 40.999, de 20 de agosto de 1993).

En la práctica, esto significa que la ley penal ordena sustituir la pena por medidas alternativas (casa por cárcel, reclusión hospitalaria) cuando la salud del interno está comprometida al extremo. A un más, afirma que ciertas condiciones de salud pueden ser incompatibles con la vida en reclusión. De hecho, leyes y jurisprudencia nacionales prevén figuras como la reclusión domiciliaria u hospitalaria por enfermedad grave (por ejemplo, el art. 314 del Código de Procedimiento Penal) para aquellos internos cuyo estado clínico serio o terminal haga inviable su permanencia intramural, privilegiando así la protección de su dignidad y su derecho fundamental a la salud

Ahora bien, el encierro penitenciario complejiza aún más la situación de quienes padecen estas enfermedades, planteando desafíos específicos que ameritan un análisis especial de tipo médico-social, las personas privadas de la libertad que sufren enfermedades catastróficas, terminales o raras se enfrentan a limitaciones inherentes del entorno carcelario: por un lado, los establecimientos penitenciarios suelen contar con recursos sanitarios precarios o insuficientes, lo que dificulta la prestación de cuidados especializados y la continuidad de tratamientos complejos que estos pacientes requieren. Adicionalmente, el aislamiento y las condiciones de vida en prisión pueden agravar el impacto físico y emocional de patologías tan severas.

En cuanto a la jurisprudencia constitucional, los fallos recientes confirman la prioridad de la salud de los internos. En 2024 la Corte Constitucional ordenó a las entidades competentes



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

garantizar el derecho a la salud de PPL, recordando la “*obligación irrenunciable*” del Estado de proteger las condiciones mínimas de vida en prisión (Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia T-022*, 2024). En sentencias de tutela T-494 de 2023 se ha declarado la vulneración de derechos de reclusos con enfermedades graves cuando se les priva de medicamentos esenciales o procedimientos quirúrgicos necesarios para su supervivencia (Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia T-494*, 2023).

En conjunto, el ordenamiento colombiano reconoce la gravedad especial de enfermos crónicos y terminales encarcelados, e incluso exige buscar medidas alternas (v. gr. “reclusión domiciliaria”) cuando la prisión resulta incompatible con su salud.

### CAPÍTULO III

#### **Acceso a la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva o prisión domiciliaria u hospitalaria para PPL con enfermedades catastróficas en Colombia**

En el ordenamiento jurídico colombiano la salud, según la Constitución Política, es reconocida como un derecho fundamental y, si bien originalmente esta se concibió como un servicio público (art. 49 C.P.), la jurisprudencia constitucional la ha catalogado como un derecho fundamental, especialmente, cuando su vulneración compromete derechos como la vida o la dignidad humana. (Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, *Sentencia T-308/25*, 2025)

Ahora bien, cuando una persona es privada de la libertad y puesta bajo custodia estatal, se configura una relación de “*especial sujeción*” entre el interno y el Estado, esto implica que, aunque



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

se restringen derechos como la libre locomoción, el recluso conserva intactos otros derechos fundamentales cuyo goce efectivo debe ser garantizado por el Estado, dicho esto, la Corte Constitucional ha sostenido que la entrada de un individuo a un establecimiento carcelario acarrea para las autoridades penitenciarias el deber de *“asegurar el goce efectivo de los derechos fundamentales de los internos”*, dado que derechos inherentes a la condición humana como la vida, la integridad y la salud *“no pueden limitarse por la situación de reclusión”* (Corte Constitucional, 2016, sent. T-287/16). En suma, el Estado asume el rol de garante directo de la salud y la integridad de los reclusos, quienes dependen de aquel para satisfacer sus necesidades básicas.

En virtud de lo anterior, el derecho a la salud de la población reclusa adquiere un carácter reforzado, por cuanto toda persona privada de la libertad (PPL) es considerada sujeto de especial protección constitucional, lo cual impone obligaciones positivas específicas a las autoridades. Este mandato se refleja también en la legislación. A su vez, la Ley 1709 de 2014 (que reformó el Código Penitenciario) dispuso expresamente que *“las personas privadas de la libertad tendrán acceso a todos los servicios del sistema general de salud, sin discriminación por su condición jurídica”* (Congreso de la República, 2014, art. 65).

A pesar de las garantías normativas, las condiciones reales del sistema penitenciario colombiano han dificultado históricamente la prestación adecuada de servicios de salud a los internos y desde hace décadas, las cárceles del país afrontan una crisis estructural marcada principalmente por el hacinamiento y la insuficiencia de recursos; sin embargo, en 1998 la Corte Constitucional declaró un estado de cosas inconstitucional en las prisiones, señalando que el abandono estatal en materia de infraestructura, alimentación y servicios de salud había generado



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

una vulneración masiva y sistemática de derechos fundamentales de las personas reclusas (Corte Constitucional, 1998, Sala Tercera de Revisión, Sentencia T-153/98, 1998).

A la problemática del hacinamiento se suman fallas administrativas y presupuestales en la provisión de salud penitenciaria; de hecho, informes de la Defensoría del Pueblo han evidenciado, por ejemplo, retrasos en la contratación y pago del personal de salud en los centros de reclusión, lo que conlleva interrupciones en la atención y según un reporte oficial de 2021, solo 24% de las cárceles evaluadas contaban con servicio de salud presente las 24 horas del día, los 7 días de la semana; el restante operaba con disponibilidad médica muy limitada (en 45% de las prisiones solo había servicio médico 8 horas al día, en 18% apenas 4 horas al día, y un 12% ni siquiera tenía médico general contratado regularmente) (Defensoría del Pueblo, 2021).

Esta cobertura incompleta implica que fuera del horario restringido no hay atenciones ni emergencias disponibles, comprometiendo la continuidad de tratamientos y la respuesta rápida ante urgencias; sin embargo, en un comunicado conjunto de 2025, la Defensoría y la Procuraduría General de la Nación alertaron que en ciertas cárceles *“las condiciones mínimas esenciales para garantizar el derecho a la salud brillan por su ausencia”*, destacando la falta crítica de personal médico y un represamiento de procedimientos urgentes que deja a muchos internos en riesgo (Defensoría del Pueblo, 2025).

Este panorama demuestra que, las autoridades han reconocido que *“el acceso a la salud es un requisito imprescindible”* en prisión y que *“es inadmisibile que se interrumpa la atención médica por razones presupuestales o administrativas”*, pues ello vulnera derechos fundamentales



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

de la población reclusa (Defensoría del Pueblo, 2021). Esas interrupciones e insuficiencias han sido la realidad constante en gran parte del sistema penitenciario.

Aunado a ello, la Ley 1709 de 2014 enfatizó la necesidad de un trato diferencial a reclusos con enfermedades de cuidado particular (Congreso de la República, 2014, art. 67). No obstante, en la práctica muchos internos con estas dolencias han debido acudir a acciones de tutela para obtener los tratamientos requeridos, evidenciando barreras sistémicas en la respuesta del sistema de salud penitenciario.

Por otra parte, han sido reiteradas las quejas y fallos judiciales por interrupciones en la entrega de medicamentos, falta de seguimiento especializado y demoras en exámenes para reclusos con VIH, tal es el caso de la Sentencia T-287 de 2016, allí la Corte Constitucional revisó el caso de un interno portador de VIH de larga data que, debido a la negligencia de las autoridades de salud carcelaria, sufrió retrasos significativos en citas con especialistas, los cuales eran necesarias para tratar complicaciones asociadas a su enfermedad, así como en la provisión de medicamentos para prevenir tuberculosis y otras afecciones concurrentes (Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-287/16, 2016).

Esta situación llevó al Alto Tribunal a ordenarle al establecimiento penitenciario y a la entidad prestadora de salud que brindaran de inmediato la atención integral requerida, reconociendo que la omisión previa había puesto en riesgo inminente los derechos a la vida y a la salud del tutelante.



## Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito Informe final de investigación

Otro grupo especialmente vulnerable son los internos con enfermedades mentales severas (psicosis, trastornos bipolares, depresiones mayores, entre otras). Estas patologías, si bien pueden no ser “catastróficas” en términos de costo económico directo, sí lo son en cuanto al impacto en la vida del individuo y la necesidad de tratamientos prolongados. Lamentablemente, la atención en salud mental al interior de las prisiones colombianas es notoriamente deficitaria, ya que solo existen dos pabellones psiquiátricos especializados en todo el país (anexos en las cárceles La Modelo de Bogotá y Villahermosa de Cali, con cupo conjunto para menos de 90 pacientes), de modo que la enorme mayoría de reclusos con trastornos mentales, según reportes realizados por Paola Llinas para la revista VICE, permanecen los PPL en patios comunes mezclados con la población general, sin una supervisión psiquiátrica permanente (Llinás, 2018).

La Defensoría del Pueblo ha descrito las cárceles como “*caldos de cultivo*” para las enfermedades mentales, dadas las condiciones de encierro, hacinamiento y tensión propia del ambiente carcelario (Llinás, 2018), por lo que, muchos de estos pacientes no reciben atenciones más allá de alguna consulta esporádica, lo que resulta insuficiente para abordar enfermedades que requieren intervenciones integrales y seguimiento continuo.

### **3.1. Barreras de acceso a tratamientos adecuados y oportunos**

Diversos obstáculos explican por qué, a pesar de las normas vigentes, las personas privadas de la libertad con enfermedades graves no logran acceder plena y oportunamente a los tratamientos que necesitan, entre las barreras estructurales más evidentes, se encuentra el hacinamiento carcelario, que sobrecarga los servicios de salud de los PPL; además, el desbordamiento en la cantidad de internos frente a la infraestructura disponible genera una presión constante sobre los servicios de



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

atención en salud dentro de los establecimientos penitenciarios, lo que se traduce en una demanda diaria que supera la capacidad operativa y limita la disponibilidad de recursos para una atención adecuada.

A menudo un solo médico general (cuando lo hay) debe atender a centenas de internos, lo que conlleva tiempos de espera prolongados para consultas, diagnósticos tardíos y seguimiento deficiente de pacientes crónicos, lo que impide que los procedimientos que requieren traslado a hospitales exteriores se vean retrasados por trámites disponibilidad de vehículos y citas en el sistema de salud público, lo que frecuentemente no ocurre con la celeridad necesaria. Estas demoras son especialmente críticas para condiciones como el cáncer o para la continuidad de terapias antirretrovirales en VIH.

Otra barrera importante es la fragmentación institucional y la deficiente gestión administrativa en la prestación del servicio de salud penitenciario, y si bien existe el Fondo Nacional de Salud de las PPL y se contrata a operadores para brindar la atención intramural, que por el contrario, en la práctica se han presentado problemas de coordinación entre entidades, generando que la responsabilidad por la salud de los reclusos ha pasado por varias instancias con períodos de transición caótica en los que no quedaba claro quién debía suministrar determinados servicios o medicamentos.

Ahora bien, respecto de los recursos financieros limitados y atrasos presupuestales representan asimismo un obstáculo y aunque legalmente la salud de la población carcelaria debe ser financiada con fondos públicos, en la realidad se han evidenciado casos donde los contratistas interrumpen servicios por falta de pago, es así como la Defensoría del Pueblo denunció en 2021



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

que en 45% de los penales visitados había demoras en el pago de honorarios del personal de salud, lo que derivó en parálisis o reducción de actividades asistenciales (Defensoría del Pueblo, 2021).

En otras palabras, que un establecimiento se quede sin médico durante semanas simplemente porque el anterior renunció al no recibir su salario y no se ha contratado al reemplazo implica una discontinuidad en el personal sanitario, lo cual afecta particularmente a pacientes con enfermedades crónicas o críticas, quienes requieren seguimiento constante. Si bien las normas (incluida la Ley 1751 de 2015) garantizan a los reclusos el mismo derecho a acceder a medicamentos que cualquier ciudadano, las fallas logísticas y presupuestales en el entorno carcelario crean barreras adicionales para materializar ese acceso (Llinás, 2018).

Eventualmente, se evidencia la barrera de orden cultural y de priorización. En ocasiones, la salud de los presos no ha sido un tema visible o políticamente prioritario, dada la estigmatización de esta población, por lo que persisten prejuicios que llevan a minimizar la urgencia de atender a un recluso enfermo, bajo la idea errónea de que al haber delinquir no “merecen” ciertos cuidados. Esta actitud contraviene frontalmente el principio de dignidad humana y las obligaciones estatales, pero puede permear en la falta de acciones eficaces para mejorar el sistema de salud penitenciario.

**3.2. Eficacia de la sustitución de la medida privativa de la libertad como garantía del derecho a la salud en el sistema penitenciario colombiano**

El derecho fundamental a la salud de las personas privadas de la libertad (PPL) en Colombia representa uno de los mayores desafíos para el Estado Social de Derecho, especialmente cuando se trata de sujetos que padecen enfermedades catastróficas, ruinosas o de alto costo. En el marco



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

de un Estado de Cosas Inconstitucional (ECI) que ha persistido por décadas, la sustitución de la medida de aseguramiento o de la ejecución de la pena por la reclusión domiciliaria u hospitalaria ha sido presentada como la solución jurídica definitiva para salvaguardar la vida y la integridad de quienes el sistema carcelario no puede atender con dignidad. No obstante, evaluar si esta sustitución se traduce en una garantía eficaz del derecho a la salud exige un análisis profundo que trascienda la mera concesión judicial de la medida y se adentre en las realidades administrativas, financieras y operativas del sistema de salud extramural, donde la relación de especial sujeción se transforma, pero no se extingue.

Ahora bien, el artículo 314 del Código de Procedimiento Penal regula la sustitución de la detención preventiva por la del lugar de residencia, el numeral 4 establece que esta procedía originalmente cuando el imputado estuviera en "*estado grave por enfermedad*", previo dictamen de médicos oficiales. No obstante, la Corte Constitucional (Sala Plena, Sentencia C-163/19, 2019) condicionó esta expresión, señalando que la sustitución no debe limitarse a enfermedades calificadas técnicamente como "*graves*", sino que debe extenderse a cualquier condición de salud que sea objetivamente incompatible con la permanencia digna en un centro de reclusión.

Igualmente, para los condenados, el artículo 68 del Código Penal establecía la reclusión domiciliaria u hospitalaria por "*enfermedad muy grave incompatible con la vida en reclusión formal*"; sin embargo, la Corte Constitucional (Sala Plena, Sentencia C-348/24, 2024) declaró inexecutable la expresión "muy grave", argumentando que la protección del derecho a la salud no puede depender de una etiqueta diagnóstica, sino de la realidad material del entorno carcelario frente a las necesidades del paciente.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Además, la sustitución de la medida privativa de la libertad por motivos de salud representa el esfuerzo del Estado colombiano por humanizar la ejecución penal en un contexto de crisis humanitaria, por tanto, la jurisprudencia reciente de la Corte Constitucional (Sentencias C-348/24 y C-443/25) ha removido obstáculos diagnósticos que impedían el acceso al beneficio, privilegiando la dignidad humana sobre el criterio médico-técnico estricto.

Por otro lado, la Corte Constitucional, a través de una línea jurisprudencial transformadora que incluye las sentencias C-163 de 2019, C-348 de 2024 y C-443 de 2025, ha removido estos obstáculos diagnósticos. El tribunal ha determinado que la protección de la salud no puede depender de una etiqueta técnica de "*gravedad*", sino de la realidad material del entorno de reclusión frente a las necesidades específicas del paciente, esta evolución reconoce que patologías manejables en libertad se vuelven incompatibles con la dignidad humana en centros de detención que carecen de higiene y personal médico suficiente.

<b>Hito</b>	<b>Norma</b>	<b>Cambio de Paradigma y Efecto Jurídico</b>
<b>Jurisprudencial</b>	<b>Intervenida</b>	
<b>Sentencia de 2019</b>	<b>C-163</b> Art. 314 Ley 906 (Numeral 4)	La sustitución no se limita a enfermedades "graves" técnicamente, sino a cualquier condición incompatible con la dignidad. Permite peritajes privados ante la demora de los oficiales.
<b>Sentencia de 2024</b>	<b>C-348</b> Art. 68 Ley 599 (Código Penal)	Se declara inexecutable la expresión "muy grave". Basta con que la enfermedad sea incompatible con la vida en reclusión para acceder al sustituto de la pena.
<b>Sentencia de 2025</b>	<b>C-443</b> Art. 314 Ley 906 (Sustitución)	Refuerza la autonomía del Juez de Garantías para evaluar la incompatibilidad bajo la sana crítica, incluyendo condiciones que pongan en riesgo la integridad por el entorno del centro.



## Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito Informe final de investigación

Esta transición otorga al Juez de Control de Garantías y al Juez de Ejecución de Penas una responsabilidad mayor: evaluar si el Estado, a través de la USPEC y el INPEC, tiene la capacidad real de brindar el tratamiento ordenado dentro de los muros del penal.

### **3.3. El proceso de sustitución de la medida y la transición interinstitucional**

El proceso de sustitución de la medida de aseguramiento o de la pena privativa de la libertad por una modalidad de reclusión domiciliaria u hospitalaria no agota, por sí mismo, la protección efectiva de los derechos fundamentales de la persona privada de la libertad. En realidad, la decisión judicial constituye apenas el punto de partida de un complejo procedimiento administrativo y asistencial que exige la articulación inmediata entre múltiples entidades del Estado, especialmente el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad (FNS-PPL), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y, en algunos casos, las autoridades territoriales de salud.

En la práctica, dicha transición interinstitucional suele convertirse en un verdadero “*laberinto burocrático*”, caracterizado por vacíos competenciales, falta de coordinación y dilaciones injustificadas que afectan de manera directa la continuidad de los tratamientos médicos. Aunque la persona deja de encontrarse físicamente en un establecimiento penitenciario, muchas veces continúa dependiendo administrativamente del sistema de salud penitenciario, mientras que las EPS del régimen ordinario se abstienen de asumir de manera inmediata la prestación integral del servicio, alegando falta de afiliación activa, ausencia de reporte oficial o indefinición sobre la entidad responsable de cubrir los costos médicos.



## **Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**

### **Informe final de investigación**

Esta situación genera un escenario de incertidumbre institucional en el que cada entidad traslada la responsabilidad a otra, produciendo interrupciones en tratamientos esenciales, suspensión de entrega de medicamentos, cancelación de procedimientos especializados y retrasos en la asignación de citas médicas. El problema adquiere especial gravedad cuando se trata de personas diagnosticadas con enfermedades de alto costo, patologías terminales o afecciones catastróficas, como cáncer, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares complejas, VIH/SIDA o trastornos neurológicos degenerativos, cuyos tratamientos requieren continuidad estricta e ininterrumpida. En estos casos, incluso retrasos de pocos días pueden ocasionar deterioros irreversibles en la salud del paciente o comprometer seriamente su expectativa de vida.

#### **3.4. El protocolo de atención y el fenómeno del "traslape" administrativo**

Para mitigar los riesgos de interrupción terapéutica, el Gobierno Nacional ha diseñado una ruta interinstitucional que busca agilizar la atención de PPL con enfermedades incompatibles con la reclusión. El primer paso es la identificación de la patología, que puede ocurrir durante el Examen Médico de Ingreso (EMI) o mediante la alerta de la red de apoyo familiar.

Sin embargo, el problema crítico reside en el periodo de "traslape": el tiempo que transcurre entre que la persona sale del penal y su afiliación a una EPS se hace efectiva. El protocolo establece que el FNS-PPL debe garantizar la continuidad del tratamiento hasta que la EPS asuma el caso, pero en la práctica, este flujo se interrumpe frecuentemente por la falta de coordinación interinstitucional. (Consultorsalud, 2026)



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

<b>Actor Institucional</b>	<b>Responsabilidad en la Sustitución</b>	<b>Falla Común Identificada</b>
<b>Director del ERON</b>	Emitir certificación de población PPL domiciliaria (PM-AS-M02F02).	Demora en el reporte a la base de datos de salud, impidiendo la afiliación externa.
<b>USPEC / FNS-PPL</b>	Financiar el tratamiento durante la transición administrativa.	Opinión financiera negativa y falta de trazabilidad de historias clínicas.
<b>EPS (EAPB)</b>	Garantizar atención integral tras la activación de la afiliación.	Negación de servicios alegando que la persona aún está bajo custodia del INPEC.
<b>Juez de Ejecución</b>	Ordenar exámenes periódicos de seguimiento y vigilar la salud.	Falta de medios para verificar si el paciente está recibiendo efectivamente el tratamiento.

### **3.5. Análisis de casos críticos: El deterioro de la "Rosa"**

El caso de la ciudadana "Rosa" en la Sentencia T-114 de 2025 personifica las fallas del sistema. Una mujer de 67 años con EPOC dependiente de oxígeno fue recluida en un penal donde el INPEC impedía el ingreso de sus cilindros y los traslados a citas médicas. A pesar de su evidente incompatibilidad, el sistema judicial inicialmente negó la sustitución por la falta de un dictamen que usara terminología restrictiva, ignorando que las condiciones del penal agravaban su cuadro respiratorio. Este caso demuestra que la burocracia judicial y médica puede convertir la medida de sustitución en un beneficio tardío o inexistente.

Las estadísticas de mortalidad muestran que las muertes por enfermedad o causas "naturales" superan a las violentas, lo que cuestiona la efectividad de los protocolos de atención. Un servicio de salud defectuoso genera un "contexto de muerte": se encierra a las personas, se las enferma por las condiciones ambientales y luego se les cierran las puertas de los servicios especializados por barreras administrativas.



## **Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**

### **Informe final de investigación**

Finalmente, los informes de la Contraloría General de la República (2025) revelan que la USPEC ha mantenido una gestión calificada como "ineficiente" y con opinión financiera "negativa" a finales de 2024. Estas deficiencias precarizan la calidad del servicio y dificultan la transición exitosa a la vida extramural. Sin historias clínicas trazables, la EPS receptora inicia el tratamiento "a ciegas", lo que en enfermedades catastróficas equivale a un riesgo de muerte evitable.

### **3.6. Jurisprudencia relevante de la Corte Constitucional**

La Corte Constitucional de Colombia ha jugado un papel clave en la reivindicación del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, a través de numerosos fallos de tutela y sentencias de control estructural. Entre los hitos jurisprudenciales más destacados está la ya mencionada declaratoria de Estado de Cosas Inconstitucional (ECI) en el sistema penitenciario, es así como la Sentencia T-153 de 1998 fue la primera en declarar que la situación general de las cárceles vulneraba de forma masiva y continua derechos fundamentales incluido el derecho a la salud, ordenando al Estado adelantar planes inmediatos de mejoramiento de infraestructura, salubridad y atención sanitaria en los penales (Corte Constitucional, 1998).

Posteriormente, tras evidenciarse un recrudecimiento de la crisis carcelaria, la Sentencia T-388 de 2013 volvió a declarar un ECI, señalando que el crecimiento desmedido de la población reclusa y la ausencia de medidas integrales habían perpetuado condiciones indignas contrarias a la Constitución (Corte Constitucional, 2013). En ese fallo, la Corte otorgó al Gobierno un plazo perentorio para implementar soluciones estructurales en materia penitenciaria, con énfasis en



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

garantizar los “*mínimos constitucionales*” en reclusión, dentro de los cuales la prestación de servicios de salud ocupa un lugar central.

Como parte del seguimiento a la crisis, la Corte ha emitido decisiones posteriores consolidando y ampliando las órdenes, entre ellas, la Sentencia T-762 de 2015, evaluó el cumplimiento de las órdenes del 2013 y constató avances insuficientes, emitiendo directrices adicionales para fortalecer la atención en salud, saneamiento básico y otros aspectos dentro de las cárceles (Corte Constitucional, 2015).

Pronunciamientos más recientes como la de la Sentencia de Unificación SU-122 de 2022, que extendió la declaratoria de estado de cosas inconstitucional al ámbito de los centros de detención transitoria (como estaciones de Policía y URIs), reconociendo que en esos lugares las condiciones eran igualmente críticas o peores que en las cárceles formales, sin garantías básicas de salud ni higiene (Corte Constitucional, 2022).

Igualmente, en la SU-122/22 la Corte reiteró que las autoridades estatales todas tienen la carga ineludible de asegurar que cualquier persona bajo custodia reciba atención médica cuando la necesite, apuntando que la falta de claridad sobre la entidad responsable no exime al Estado de su obligación de garantía efectiva. Esta sentencia unificó lineamientos para que se adopten medidas urgentes frente a la ausencia de personal médico, medicamentos y espacios adecuados en los lugares de detención provisional, dando continuidad al mandato general de proteger la dignidad y la salud de quienes se hallan bajo la tutela del Estado.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Además de estos pronunciamientos estructurales, la Corte Constitucional ha resuelto acciones de tutelas a favor de internos enfermos, creando un cuerpo de línea jurisprudencial consistente sobre el tema, por ejemplo, el de garantizar tratamientos de alto costo a reclusos con cáncer o VIH (incluso si no están en el POS, con cargo al Estado), efectuar traslados humanitarios a clínicas cuando la infraestructura carcelaria no permite brindar la atención requerida, disponer detenciones domiciliarias o libertades condicionadas por razones de salud cuando el estado clínico del interno así lo amerita, y adoptar protocolos especiales para reclusos con discapacidad o trastornos mentales severos.

Esta firme posición judicial ha derivado en órdenes concretas a múltiples entidades: al INPEC como autoridad penitenciaria, a la USPEC y el Fiduciario de Salud como encargados administrativos, al Ministerio de Justicia y de Salud, e incluso a autoridades locales cuando se trata de detenidos en calabozos temporales. Sin embargo, la jurisprudencia ha desarrollado principios como la integralidad en la atención, la continuidad, la oportunidad y la calidad en la atención médica de la población reclusa, también se han proferido Autos de Seguimiento al ECI en los cuales la Corte evalúa periódicamente el cumplimiento de las órdenes y exige corregir desviaciones y pese a estos esfuerzos judiciales, los avances han sido lentos y aún persisten brechas importantes entre lo ordenado por la Corte y la realidad carcelaria. No obstante, gracias a la jurisprudencia, hoy existe una mayor conciencia institucional de que la salud de las PPL es un derecho fundamental exigible y no una dádiva, y de que las condiciones indignas asociadas a la falta de atención médica constituyen violaciones flagrantes a la Constitución.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

**Conclusiones**

La presente investigación analizó, de manera integral, si la sustitución de la medida de aseguramiento de detención preventiva por prisión domiciliaria u hospitalaria constituye un mecanismo idóneo para proteger el derecho fundamental a la salud de las personas privadas de la libertad que padecen enfermedades catastróficas en Colombia.

A partir del estudio de los fundamentos teóricos, del marco normativo aplicable y de las condiciones reales de funcionamiento del sistema penitenciario colombiano, fue posible dar respuesta a la pregunta central de investigación: ¿de qué manera la sustitución de la medida de aseguramiento por prisión domiciliaria u hospitalaria puede contribuir a garantizar, de forma efectiva, la atención especializada de las personas privadas de la libertad con enfermedades catastróficas?

Los hallazgos permiten concluir que, aunque el ordenamiento jurídico colombiano reconoce la salud como un derecho fundamental y prevé instrumentos para su protección en el ámbito carcelario, persiste una distancia considerable entre el mandato normativo y su cumplimiento material. Esa distancia resulta especialmente visible cuando se trata de personas privadas de la libertad que enfrentan patologías de alta complejidad. En efecto, el derecho fundamental a la salud cuenta con sustento constitucional, en particular en los artículos 1, 2 y 49 de la Constitución Política; ha sido desarrollado por la jurisprudencia constitucional desde la Sentencia T-153 de 1998; y fue reafirmado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Su ejercicio se estructura alrededor de principios como continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

El Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad, adoptado con base en la Ley 1709 de 2014 y sus decretos reglamentarios —entre ellos los Decretos 2245 y 2519 de 2015—, parte de la idea de ofrecer una atención integral, diferenciada y de calidad equivalente a la disponible para la población general. Sin embargo, en la práctica, este diseño enfrenta dificultades estructurales que limitan seriamente su efectividad. Entre ellas destacan el hacinamiento carcelario, que desborda la capacidad de respuesta sanitaria; la limitada cobertura médica, pues apenas una parte de los centros penitenciarios cuenta con atención permanente; y las falencias administrativas que afectan la continuidad en la prestación del servicio.

En ese marco, las enfermedades catastróficas se entienden como patologías de altísima complejidad clínica y elevado costo económico, poco frecuentes en la población general, como ciertos cánceres avanzados, la insuficiencia renal crónica que exige diálisis, algunas complicaciones asociadas al VIH/SIDA y los casos que requieren trasplante de órganos. A su vez, las enfermedades terminales corresponden a cuadros irreversibles e incurables, con un desenlace fatal esperado en un lapso relativamente corto, y que exigen cuidados paliativos especializados. Por su parte, las enfermedades raras o huérfanas afectan a un número muy reducido de personas, suelen tener origen genético y, en muchos casos, no cuentan con tratamiento curativo disponible.

Tanto el marco jurídico internacional —incluidos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Protocolo de San Salvador— como el ordenamiento interno —en particular la Ley 1392 de 2010, la Ley 1751 de 2015 y el régimen penitenciario contenido en la Ley 65 de 1993, modificado por la Ley 1709 de 2014— reconocen que estas patologías pueden ser incompatibles con la vida en reclusión



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

y obligan al Estado a garantizar atención médica especializada. En la misma dirección, la jurisprudencia constitucional más reciente, entre ellas las Sentencias C-348 de 2024 y C-443 de 2025, ha insistido en que la protección de la salud no puede depender exclusivamente de etiquetas diagnósticas, sino de la realidad concreta del entorno carcelario y de las necesidades específicas del paciente.

No obstante, el análisis realizado muestra que la sustitución de la medida privativa de la libertad por reclusión domiciliaria u hospitalaria, aunque se encuentra prevista en el ordenamiento, no asegura por sí sola la garantía efectiva del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad con enfermedades catastróficas. Su aplicación práctica enfrenta obstáculos de diversa naturaleza.

En primer lugar, existen barreras administrativas de acceso. Una vez adoptada la decisión judicial que concede la sustitución, suele presentarse un período de transición en el que la persona ya no permanece en el establecimiento penitenciario, pero tampoco ha sido activada plenamente su afiliación al sistema ordinario de salud. Durante ese lapso se genera un vacío institucional que compromete la continuidad del tratamiento.

En segundo lugar, se observa una marcada fragmentación interinstitucional. La eficacia de la medida exige una coordinación inmediata entre el INPEC, la USPEC, el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, la EPS del régimen correspondiente y las autoridades territoriales de salud. Sin embargo, en la práctica, esa articulación es deficiente y frecuentemente cada entidad traslada la responsabilidad a otra, lo que termina produciendo interrupciones en medicamentos, aplazamiento de procedimientos y cancelación de citas especializadas.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

En tercer lugar, persisten problemas financieros que debilitan la prestación del servicio. Las dificultades presupuestales, los retrasos en pagos al personal sanitario y la inestabilidad contractual generan alta rotación de profesionales y discontinuidad en la atención, con efectos especialmente graves para pacientes que requieren seguimiento clínico permanente.

Además, ciertos casos concretos evidencian con claridad estas fallas. El asunto de “Rosa”, resuelto en la Sentencia T-114 de 2025, muestra cómo una mujer de avanzada edad, con EPOC y dependencia de oxígeno, fue rechazada para la sustitución domiciliaria pese a la evidente incompatibilidad entre su estado de salud y las condiciones del entorno penitenciario. De igual manera, las cifras de mortalidad en establecimientos de reclusión revelan que las muertes por causas naturales o asociadas a enfermedad superan incluso las muertes violentas, lo cual plantea serios interrogantes sobre la efectividad real de los protocolos de atención y de sustitución de la medida.

En suma, esta investigación demuestra que el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad es uno de los más reconocidos en el plano normativo, pero también uno de los menos garantizados en la práctica. El Estado colombiano ha avanzado en el reconocimiento constitucional, en el desarrollo legal, en la creación de instituciones y en la evolución jurisprudencial; sin embargo, persisten fallas graves en la coordinación operativa, la asignación presupuestal, la vigilancia del cumplimiento y la respuesta frente a los incumplimientos.

Por ello, la sustitución de la medida de aseguramiento en casos de enfermedad catastrófica continúa siendo, en gran medida, una promesa jurídica incumplida. En las condiciones actuales, su efectividad alcanza solo a una proporción reducida de quienes logran acreditar los requisitos



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

exigidos, mientras una parte importante de la población privada de la libertad sigue enfrentando graves afectaciones a su salud dentro del sistema penitenciario.

En conclusión, garantizar de manera real el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad con enfermedades catastróficas no exige necesariamente crear nuevas normas, sino hacer efectivas las ya existentes. La principal dificultad no radica en la ausencia de regulación, sino en las fallas administrativas, presupuestales y políticas que impiden su cumplimiento.

### **Bibliografía**

- Ariza Higuera, L.J., Romero Espinosa, D.R. (2020). ¿Tratamiento penitenciario a domicilio? El alcance de la Relación Especial de Sujeción en el régimen de domiciliarias en Colombia. *Universitas*, vol. 69. <https://www.redalyc.org/journal/825/82563265027/82563265027.pdf>
- Cárdenas Espitia, N.A. (s.f.). Vulneración del Derecho a la Salud, en Personas Privadas de la Libertad que Padecen Enfermedades Terminales. Cárcel La Modelo de Bogotá Período 2009-2020. <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/8d973dc1-645e-4dfa-a0e3-afd65d02da8a/content>
- Comisión de Seguimiento de la Sociedad Civil a la Sentencia T-388 de 2013. (2022). Décimo informe de seguimiento al Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario. <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2022/07/CSST-388-X-Informe-de-Seguimiento-Version-Final-1.pdf>



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Congreso de la República de Colombia. (2014). Ley 1709 de 2014 (20 de enero), por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993 Código Penitenciario y Carcelario. Diario Oficial No. 49.039.

Congreso de la República de Colombia. (2014). *Ley 1709 de 2014, por la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, Código Penitenciario y Carcelario*. Diario Oficial No. 49.039. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=174746>

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015 (16 de febrero), por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427.

Congreso de la República, (1993) Ley 100 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, diario oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993, recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Congreso de la República. Código Penal colombiano. Ley 599 de 2000.

Congreso de la República. Código Penitenciario Colombiano. Ley 65 de 1993, mod. Ley 1709 de 2014.

Consejo Económico y Social de la Oficina de las Naciones Unidas (1977). Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, págs. 1-14.



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Consultorsalud. (2026, 12 de febrero). *Atención en salud de personas privadas de la libertad:*

*Defensoría alerta por transición a Nueva EPS* <https://consultorsalud.com/salud-de-personas-privadas-de-la-libertad/>

Contraloría General de la República. (2025). *Informe de contraste: Auditoría financiera a la*

*USPEC y el INPEC (Vigencia 2024).* <https://repositorio.minjusticia.gov.co/politica-criminal/documento/Informes%20de%20contraste/2025/informe-de-contraste-contraloria.pdf>

Corte Constitucional de Colombia, (2008) Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-762, de fecha

31 de julio de 2008, recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (1998). Sala Tercera de Revisión. Sentencia T-153 de 1998.

[M.P. José Gregorio Hernández Galindo]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-153-98.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). Sala Primera de Revisión. (28 de junio de 2013)

Sentencia T-388 de 2013. [M.P. María Victoria Calle Correa]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-388-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2015). Sala Quinta de Revisión. (16 de diciembre de 2015)

Sentencia T-762 de 2015. [M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-762-15.htm>



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sala Quinta de Revisión. (1° de junio de 2016) Sentencia T-287 de 2016. [M.P. Alejandro Linares Cantillo]  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-287-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sala Plena. (31 de marzo de 2022) Sentencia SU-122 de 2022. [M.P. Diana Fajardo Rivera].  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/su122-22.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2024). Sala Plena. (22 de agosto de 2024) Sentencia C-348 de 2024. [M.P. Diana Fajardo Rivera].  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/c-348-24.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2025). Sala Plena. (29 de octubre de 2025) Sentencia C-443 de 2025. [M.P. Miguel Polo Rosero].  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/C-443-25.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2025). Sala Quinta de Revisión. (21 de julio de 2025) Sentencia T-308 de 2025. [M.P. Jorge Enrique Ibáñez Najar].  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/t-308-25.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (22 de agosto de 2024). Sentencia C-348/2024 [M. P.: Fajardo Rivera, Diana] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/c-348-24.htm>

Defensoría del Pueblo de Colombia. (2021, 18 de septiembre). En 45% de los centros penitenciarios del país, no se pagan a tiempo los honorarios a profesionales de la salud:



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Defensoría del Pueblo. Infobae. <https://www.infobae.com/.../en-45-de-los-centros-penitenciarios-del-pais-no-se-pagan-a-tiempo-los-honorarios-a-profesionales-de-la-salud-defensoria-del-pueblo/>

Defensoría del Pueblo de Colombia. (2025, 2 de mayo). Ministerio Público emite alerta por grave situación del derecho a la salud en cárcel Peñas Blancas en Calarcá, Quindío. Comunicado de prensa.

Díaz Muñoz, E. S. (2019). El principio de progresividad en el derecho colombiano: revisión teórica-jurídica. *Criterio Libre Jurídico*, 16(2), 6405. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/6405/5804>

Diccionario Etimológico Castellano en Línea (2015) concepto de continuidad. Etimología de continuidad <https://etimologias.dechile.net/?continuidad>

Diccionario Etimológico Castellano en Línea (2015) concepto de integralidad. Etimología de Integridad <https://etimologias.dechile.net/?integridad>

Duran, L. (2004). Calidad en la Prestación de Servicios de Salud. Revista. Universidad la Salle. Num.3, 3-7. <https://saludvisual.lasalle.edu.co/article/download/1811/3427/1799>

Estupiñán, L. (2012). Derecho Fundamental a la Salud en la Prestación Pública de Servicios de Salud, Tesis de Maestría. Repositorio de la Universidad del Rosario <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/181df082-0702-4066-b9d4-3bc495b0cd81/content>



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Galati, E. (2018). Los principios del Derecho de la Salud. *Jurisprudencia argentina*, 20, 66-81.

<https://bioeticacompleja.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/02/principiosderechodelasalud-galati-jurisarg.pdf>

Gálvez, M. (2003). Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas.

Propuestas y alternativas. *Medicina De Familia*, 4(1), 58. Recuperado de

[https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_8084.pdf](https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_8084.pdf)

Gañán Echavarría, J. L. (s.f). *Los muertos de la Ley 100 – Prevalencia de la Libertad Económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia*, (3). Universidad de

Antioquia (Facultad de derecho y ciencias políticas)

<https://hrlibrary.umn.edu/research/colombia/Los%20muertos%20de%20la%20Ley%20100-Libro.pdf>

González Navarro, Antonio Luis (2009). *La Detención Preventiva en el proceso penal acusatorio*,

Editorial LEYER, Bogotá Colombia.

Herzlich, C. y Pierret, J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico*

*Sociales*; 1988, p. 21-30

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC. (2022). *Plan estratégico institucional 2022-2026*. Bogotá D.C.: INPEC. <https://www.inpec.gov.co/en/atenci%C3%B3n-y-tratamiento-penitenciario-mipg#:~:text=Las%20acciones%20administrativas%20del%20INPEC%2C,de%20control%20que%20lo%20soliciten>

<https://www.inpec.gov.co/en/atenci%C3%B3n-y-tratamiento-penitenciario-mipg#:~:text=Las%20acciones%20administrativas%20del%20INPEC%2C,de%20control%20que%20lo%20soliciten>

<https://www.inpec.gov.co/en/atenci%C3%B3n-y-tratamiento-penitenciario-mipg#:~:text=Las%20acciones%20administrativas%20del%20INPEC%2C,de%20control%20que%20lo%20soliciten>



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. (s. f.). *Atención y tratamiento penitenciario MIPG*. Recuperado de <https://www.inpec.gov.co/en/atenci%C3%B3n-y-tratamiento-penitenciario-mipg>

Kloh, D., Reibnitz, K., Boehs, A., Wosny, A., & Lima, M. (2014). Principio de la integralidad del cuidado en los proyectos Político-Pedagógico de los cursos de enfermería. *Revista Latinoamericana De Enfermagem*, 22(4), 693-700. [https://www.redalyc.org/pdf/2814/Resumenes/Resumen\\_281432119023\\_1.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/2814/Resumenes/Resumen_281432119023_1.pdf)

Llinás, P. (2018, 22 de noviembre). Así es el tratamiento psiquiátrico en las cárceles de Colombia. *VICE Colombia*. <https://www.vice.com/es/article/asi-es-el-tratamiento-psiquiatrico-en-las-carceles-de-colombia/>

Lopera Medina MM, Hernández Pacheco J. Situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia. Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.sspp>

Ministerio de Justicia y del Derecho. (2016). *Decreto 1142 de 2016, Por el cual se modifican algunas disposiciones contenidas en el Capítulo 11 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se adoptan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/minjusticia-decreto-1142-de-2016.pdf>



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Ministerio de Justicia. (s.f.). Mirada al estado de cosas institucional del sistema penitenciario y carcelario en Colombia. Observatorio de Política Criminal.  
<https://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/cosas%20institucional.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Circular 002 de 2016 de la SNS, POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES RESPECTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACION CARCELARIA A CARGO DEL INPEC.*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/supersalud-circular-externa-0002-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 5159 de 2015, por la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad en los establecimientos de reclusión del orden nacional.*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5159-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 3595 de 2016, Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones.*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3595-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 5512 de 2016, por la cual se modifican las condiciones de afiliación de la población privada de la libertad al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5512-de-2016.pdf#:~:text=Excepci%C3%B3n%2C%20ser%C3%A1%20inscrita%20en%20el,su%20condici%C3%B3n%20de%20pertenecer%20a>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Enfermedades huérfanas. Página Web.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-huerfanas.aspx>

Monereo Pérez, J. L. (2020). *Fundamentos del derecho fundamental a la salud en los sistemas europeos. Revista de Derecho de la Seguridad Social (Laborum)*, Núm. extraordinario 4 (Monográfico COVID-19 y derecho a la salud)

[https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A15%3A2832751/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A164232847&crl=c&link\\_origin=scholar.google.com](https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A15%3A2832751/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A164232847&crl=c&link_origin=scholar.google.com)

Muñoz, M. (2024). Derechos Fundamentales y política carcelaria colombiana: situación de personas privadas de la libertad frente al derecho a la salud, años 2018-2023. Repositorio de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

<https://repository.unad.edu.co/jspui/bitstream/10596/62781/1/mnmunozr.pdf>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos* (B-32). San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37509.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2015). *Decreto 2245 de 2015, por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población privada*



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

*de la libertad en establecimientos de reclusión del orden nacional.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65623>

Presidencia de la República de Colombia. (2016). *Decreto 1142 de 2016, por el cual se modifican disposiciones en materia de afiliación en salud de la población privada de la libertad.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73673>

Quintero Lyons, J., Correa Solano, L. (2009). Enfermedades Catastróficas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia\*. *Revista Jurídica Mario Alario D'Filippo.*

Ramírez, et, al (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho*, 7(2), 13-41.

[http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Lam31sfmlkJ:scholar.google.com/+implicaciones+de+la+ley+estatutaria+1751+de+2019+sobre+las+&hl=es&as\\_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Lam31sfmlkJ:scholar.google.com/+implicaciones+de+la+ley+estatutaria+1751+de+2019+sobre+las+&hl=es&as_sdt=0,5)

Real Academia Española, (2015) definición de Accesibilidad, recuperado de <https://dle.rae.es/accesibilidad?m=form>

Real Academia Española, (2015) definición de Oportunidad, recuperado de <https://dle.rae.es/oportunidad>

Restrepo, et al (2015). Alcances de la tutela como mecanismo para garantizar el derecho fundamental a la salud de los internos de los establecimientos penitenciarios y carcelarios de Colombia. Recuperado de <https://bibliotecadigital.iue.edu.co/server/api/core/bitstreams/b501d185-dfe8-460b-ab78-c62b3eb8aa4f/content>



**Maestría en Derecho procesal penal y teoría del delito**  
**Informe final de investigación**

Rodríguez Moreno, M., Gómez Silva, D., y Bolívar Torres, E. (2021). Sistema penitenciario en Colombia, derechos humanos y resocialización de la mujer en la cárcel de el Buen Pastor. *Derecho y Realidad*, 19 (37), 143-159.

Suárez, R. Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En R. Suárez (comp.), *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2001, p. 11-21.

Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC. (2020). *Manual técnico administrativo para la implementación del modelo de atención en salud de la población privada de la libertad a cargo del Inpec*. Bogotá D.C.: USPEC.  
<https://www.uspec.gov.co/sites/default/files/2021-11/manual-tecnico-administrativo-para-la-implementacion-del-modelo-de-atencion-en-salud-de-la-poblacion-privada-de-la-libertad-a-cargo-del-inpec.pdf>

Vergara Quintero, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 41-50.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0121-75772007000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0121-75772007000100004&script=sci_arttext)

Zavaleta, Arturo (1954). *La prisión preventiva y la libertad provisoria*” (antecedentes históricos, doctrina, legislación y jurisprudencia); Ediciones Arayú; Buenos Aires.