

LINEAS ACTIVIDADES INDICADORES Y METAS ESTRATÉGICAS PARA  
EL PLAN DE MEJORAMIENTO ESTRATÉGICO PARA EL SERVICIO DE  
SALUD DE LA INSTITUCION PENITENCIARIA DE ACACIAS



DANIA ROJAS GUTIERREZ

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD  
BOGOTÁ, D.C.  
2013

LINEAS ACTIVIDADES INDICADORES Y METAS ESTRATÉGICAS PARA  
EL PLAN DE MEJORAMIENTO ESTRATÉGICO PARA EL SERVICIO DE  
SALUD DE LA INSTITUCION PENITENCIARIA DE ACACIAS



DANIA ROJAS GUTIERREZ  
TRABAJO DE GRADO

TUTOR  
Dr. JAIRO REYNALES LONDOÑO

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD  
BOGOTÁ, D.C.  
2013

## DEDICATORIA

A mis padres que son mi razón de vivir y mi motor, a mi fallecido esposo Juan quien me apoyó y acompañó en el proceso y soñaba con verme graduar, sé que desde el cielo me acompañas.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres por apoyarme siempre y alentarme a seguir; a mi asesor de tesis el Dr. Jairo Reynales Londoño quien me guío y fue eje fundamental para la realización de este trabajo y el cumplimiento de mis metas.

## CONTENIDO

RESUMEN .....	
ABSTRACT .....	
INTRODUCCION .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
OBJETIVOS .....	7
Objetivo General .....	7
Objetivos específicos.....	7
METODOLOGÍA.....	8
CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL .....	11
LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.....	11
1. ESTADO DEL ARTE .....	12
2. LOS MODELOS DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.....	16
3. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.....	26
CAPITULO II .....	37
EL SISTEMA PENITENCIARIO EN COLOMBIA .....	37
1. ASPECTOS HISTÓRICOS Y JURÍDICOS.....	37
2. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA PENITENCIARIO. ....	45
2.1. Los Modelos Carcelarios:.....	47
2.2. El Hacinamiento Carcelario .....	52
2.3. La Salud Penitenciaria. ....	56
CAPITULO III .....	58
LA SALUD EN EL SISTEMA PENITENCIARIO COLOMBIANO.....	58

CAPITULO IV ESTUDIO DE CASO:.....	73
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA.....	73
SEGURIDAD Y CARCELARIO DE ACACIAS.....	73
1. DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO EPMSC DE ACACIAS.....	75
1.1. Análisis de Misión, Visión y DOFA.....	75
1.2. Análisis de Percepción de Directivos e Internos sobre los Servicios de Salud en EPMSC de Acacias.....	80
CAPITULO V.....	115
LÍNEAS, ACTIVIDADES, INDICADORES Y METAS ESTRATÉGICAS PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO ESTRATÉGICO PARA EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE ACACIAS.....	115
1. OBJETIVO.....	115
2. Aproximación al Análisis de Viabilidad Económica.....	127
2.1. Valor de la UPC en Contrato de INPEC y Caprecom.....	127
2.2. Costo de la adecuación de la infraestructura de atención de servicios médicos intramural nivel I.....	127
2.3. Costos de negociación para el servicio extramural en Instituciones prestadoras de salud nivel II.....	129
2.4. Costos de negociación para el servicio extramural en Instituciones prestadoras de salud nivel III.....	131
2.5. Costos de negociación para el servicio extramural en Instituciones prestadoras de salud de alto costo.....	132
CONCLUSIONES.....	135
RECOMENDACIONES.....	140
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	141
ANEXOS.....	151
ANEXO 1.....	151
CONDICIONES DEL SERVICIO DE SALUD ENTRE CAPRECOM E INPEC.....	151
ASPECTOS RELEVANTES DEL MANUAL TECNICO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.....	151
ANEXO 2.....	144
FOTOGRAFIAS CARCEL DE ACACIAS.....	144

ANEXO 3 .....	145
ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA AL PERSONAL DIRECTIVO SOBRE PERCEPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTRATO INPEC EPMSC DE ACACIAS Y CAPRECOM .....	145
ANEXO 4 .....	149
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS INTERNOS DEL EPMC DE ACACIAS .....	149
PERCEPCION DE LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....	149
ANEXO 5 .....	144
RESULTADOS DE LA ENCUESTA A PERSONAL DIRECTIVO .....	144

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Matriz DOFA	28
Tabla 2	Indicadores de Gestión	34
Tabla 3	Categoría de los establecimientos Carcelarios y Penitenciarios	40
Tabla 4	Caracterización de los tipos de establecimientos de reclusión	41
Tabla 5	Definición de los Centros Carcelarios	42
Tabla 6	Información Básica del EPMSC de Acacias	75
Tabla 7	Análisis de la Misión	76
Tabla 8	Análisis de la Visión	77
Tabla 9	Análisis Externo	78
Tabla 10	Análisis Interno	79
Tabla 11	Ficha técnica de la encuesta	83
Tabla 12	Matriz DOFA de Evaluación de los Factores Internos y Externos	111
Tabla 13	Estrategias de relación DOFA	113
Tabla 14	Estrategias propuestas a desarrollar	114
Tabla 15	Hospital Local de Acacia Servicios de Salud a prestar en EPMSC de Acacias	129
Tabla 16	Hospital Departamental de Villavicencio Servicios de Hospitalización	130

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1	Modelo de Planeación Estratégica de Tom Lambert	19
Gráfico 2	Modelo Prototipo de Planeación Estratégica del BID	23
Gráfico 3	Modelo de Planeación Estratégica SHKG	25
Gráfico 4	Hacinamiento carcelario en Colombia	53
Gráfico 5	Percepción sobre prestación del servicio de salud Funcionarios INPEC	84
Gráfico 6	Coordinación con Caprecom	84
Gráfico 7	Seguimiento del servicio	85

Gráfico 8	Adecuación del área de sanidad	86
Gráfico 9	Reportes de movimientos a Caprecom	87
Gráfico 10	Control de trámites ante incumplimiento de Caprecom	88
Gráfico 11	Plan de traslado oportuno de internos para atención en Caprecom	89
Gráfico 12	Protocolo para ingreso de personal y equipos biomédicos	90
Gráfico 13	Carnetización de internos por parte de Caprecom	91
Gráfico 14	Realización de intervenciones quirúrgicas en Caprecom	91
Gráfico 15	Entrega de la copia de la póliza de reaseguramiento por parte de Caprecom a Penitenciaría de Acacias	93
Gráfico 16	Proceso masivo de vacunación realizado por Caprecom	94
Gráfico 17	Plan de atención a reclusos afiliados al régimen contributivo	95
Gráfico 18	Contrato de aseguramiento entre EPS y Centro Penitenciario de Acacias bajo sistema de V.E.	96
Gráfico 19	Oportunidad en entrega de medicamentos a internos	96
Gráfico 20	Oportunidad en la asignación de citas con especialistas	97
Gráfico 21	¿El establecimiento cuenta con servicio de médico?	98
Gráfico 22	¿El establecimiento cuenta con servicio de odontología?	99
Gráfico 23	¿El establecimiento cuenta con servicio de farmacia?	100
Gráfico 24	¿Considera el servicio de salud óptimo?	100
Gráfico 25	¿Cómo considera el servicio de atención médica?	101
Gráfico 26	¿Cómo considera el servicio de enfermería?	102
Gráfico 27	¿Cómo considera el servicio de odontología?	102
Gráfico 28	¿Cómo considera el servicio de atención médica nocturna?	103
Gráfico 29	¿Cómo considera el servicio de atención psicológica?	104
Gráfico 30	¿Cómo considera el servicio de exámenes de laboratorio?	104
Gráfico 31	¿Cómo considera el servicio de exámenes de la vista?	105
Gráfico 32	¿Cómo considera el servicio de entrega de medicamentos?	195
Gráfico 33	¿Cómo son las condiciones de higiene en celdas, pasillos y patios?	106
Gráfico 34	¿Cómo son las condiciones locativas de enfermería?	106
Gráfico 35	¿Cómo son las condiciones locativas de odontología?	107
Gráfico 36	¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en su pabellón?	107
Gráfico 37	¿Cómo considera el servicio de salud?	108

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1	Análisis de Diagnostico interno y Externo	29
Cuadro 2	INPEC. Establecimientos de Reclusión según Regionales 2012	44
Cuadro 3	Recursos aprobados y cupos finales para la construcción de los 11 ERON	51
Cuadro 4	Niveles de sobrecupo y Hacinamiento en las cárceles de Colombia	54
Cuadro 5	Población Reclusa Contratada y Población Asegurada por período Contrato CAPRECOM – INPEC, 2009 – 2010.	65
Cuadro 6	Requerimientos de personal, salario y prestaciones sociales en el área de Sanidad	128
Cuadro 7	Costos de servicios de salud según nivel de atención	132

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organigrama del EPMSC de Acacias	74
----------	----------------------------------	----

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo establecer un plan de de mejoramiento estratégico que permita optimizar el servicio de salud de la Institución Penitenciaria de Acacias.

Para lograr este fin se hace un análisis del sector carcelario y penitenciario en Colombia con el fin de identificar la problemática que lo viene afectando en los últimos años, se establece un diagnostico en la Penitenciaría de Acacias con el fin de establecer la problemática que existe en la prestación de servicios de salud y se elaboran propuestas estratégicas que permitan una mejor atención de salud para los internos reclusos en dicha institución.

**Palabras claves:** Mejoramiento estratégico, Sector Carcelario colombiano, servicios de salud.

## **ABSTRACT**

This paper aims to establish a strategic improvement plan for optimizing the health service of the penitentiary institution of Acacias.

To achieve this aim an analysis is made prison and penitentiary sector in Colombia for the purpose of identify the problematic that has affected in recent years, imposing a diagnosis of Acacias Prison in for the purpose of establish the problem existing in the provision of health services and strategic proposals are prepared that enable better of health care for inmates confined in the institution.

Key Words: Keywords: Strategic Improvement, Colombian Prison Sector, health services.

## INTRODUCCION

El sector carcelario en Colombia durante los últimos años ha venido sufriendo de una problemática cuyos principales síntomas son el hacinamiento de los reclusos y las condiciones mínimas en la atención de salud para las personas privadas de la libertad. A pesar de los esfuerzos que se han hecho en materia de legislación carcelaria y de acciones dirigidas a disminuir los problemas como son la construcción de nuevas instituciones penitenciarias y de contratos con las EPS dirigidos al aseguramiento de los servicios de atención médica para los internos, no ha existido una solución integral por parte de las instituciones que dirigen el Sistema Carcelario en Colombia.

La Penitenciaría de Acacias es una institución de mediana seguridad cercana a la ciudad de Villavicencio, la cual está siendo afectada por la mala atención de servicios de salud que proporciona la EPS CAPRECOM, lo anterior ha determinado que se presenten quejas y tutelas por parte de los internos y que ante esta situación la Procuraduría General de la Nación, haya efectuado visitas de inspección donde se evidenció que la problemática denunciada por los internos en materia de salud continúa y se ha agravado, debido a las interrupciones en la prestación de los servicios tanto del área de sanidad como de los servicios médicos extramurales que debe ofrecer la EPS CAPRECOM.

Por tal razón, a nivel de la Institución Penitenciaría de Acacias, se hizo necesaria una propuesta de mejoramiento estratégico que permitiera llevar a cabo la prestación eficiente de los servicios de atención médica para los internos.

Con la aplicación del Modelo de Planeación y Direccionamiento Estratégico MPDE. Las herramientas de diagnóstico utilizadas se basan en la metodología DOFA, a través de la fase diagnóstica de DOFA – Análisis interno y externo de la empresa. Se utilizaron otras herramientas (encuestas) que permitieron ahondar más en el conocimiento de la institución y facilitaron la identificación de la problemática de la misma. La fase de diagnóstico permitió identificar los problemas que afectan el área de Sanidad y se establecieron estrategias con el fin de que su implementación pueda mejorar el funcionamiento del área de sanidad y brindar servicios de salud extramurales para los internos de la Institución Penitenciaria de Acacias.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es notorio que si, a la luz de la Constitución Colombiana en su artículo 49 la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y que, si a todas las personas está garantizado por la Carta el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de aquella, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, las circunstancias de un importante sector de la población, compuesto por las personas privadas de la libertad (PPL), ameritan que el estado social de derecho aplique con carácter urgente el artículo 13 de la Constitución, que determina que el Estado debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados y proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta [1].

El sistema de salud en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC está en la actualidad en dificultades para garantizar el derecho fundamental a la salud en las cárceles del país, dado que no se cuenta con personal suficiente para la atención médica, generando una problemática que ocasiona gran cantidad de tutelas sin resolver, un sin número de remisiones semanales y demasiadas citas represadas [2].

Adicionalmente, no existen indicadores consolidados para valorar la real cobertura y calidad de la atención sanitaria que se presta a las personas privadas de la libertad [3]. Sin embargo, numerosos indicios permiten concluir que el proceso de tercerización implementado por el INPEC para atender las

necesidades de salud de la población reclusa, está lejos de superar las fallas que llevaron a la Corte Constitucional a declarar el estado de crisis institucional en materia de salud, asistencia médica y suministro de medicamentos al personal recluido en las cárceles del país y que, por lo tanto, persiste el cuadro de violaciones al derecho a la salud de los reclusos [4].

Desde el punto de análisis de la acción de tutela también se llega a concluir que el servicio de salud del cual gozan los reclusos dista de ser idóneo y oportuno. Según la Procuraduría General de la Nación, solo durante 2003 y en apenas cuatro establecimientos penitenciarios y carcelarios se interpusieron, invocando la protección del derecho a la salud, 171 acciones de tutela. Dichos establecimientos fueron los de Valledupar, Acacias, San Isidro y Combita [5].

Este panorama junto con el hecho de no contar con datos estadísticos completos, ni un archivo actualizado en el área de sanidad en la mayoría de las instituciones penitenciarias y específicamente en la Penitenciaría de Acacias hace que se requiera con urgencia un diagnóstico y evaluación de la prestación de los servicios de salud que permita identificar dificultades, causas y acciones a seguir para poder brindar una atención en salud acorde a las necesidades del sistema General de Salud Penitenciario y que sea eficaz y eficiente para la población objeto.

Formulación del problema: ¿Cuál es la caracterización de los servicios de salud en la Penitenciaría de Acacias y cuáles son las estrategias que se pueden implementar en un proceso de mejoramiento estratégico en la citada institución?.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Proponer un plan de mejoramiento estratégico que permita optimizar el servicio de salud de la Institución Penitenciaria de Acacias.

### **Objetivos específicos.**

- Identificar cual ha sido el proceso que ha enmarcado la prestación de los servicios de salud a nivel del Sistema Penitenciario Colombiano.
- Establecer un diagnóstico para identificar cual es la problemática que existe en la prestación de servicios de salud la Penitencia de Acacias
- Proponer estrategias que permitan optimizar la prestación del servicio de salud.

## METODOLOGÍA

La metodología del trabajo desarrollado se soporta básicamente en procesos de investigación y análisis. Dicho proceso investigativo se deriva en la aplicación de encuestas y demás instrumentos necesarios para la toma de decisiones finales. Por lo descrito en el presente párrafo se contempla una investigación de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo.

La metodología utilizada en la investigación se basa inicialmente en la aplicación de un modelo de planeación estratégica que pretende constituir una herramienta de análisis situacional donde se identifican las actividades que conformarán la ruta de cambio, mejoramiento y modernización en la organización.

Para llevar a cabo el desarrollo del proyecto fue necesario dividirlo en tres fases:

### **Primera fase:**

- Conocer el Modelo de Planeación y Direccionamiento Estratégico MPDE, su estructura, diseño y componentes.

### **Segunda fase:**

- Aplicar el MPDE en la Penitenciaría de Acacias identificando su problemática.
- Desarrollar y aplicar encuestas de percepción a nivel de directivos de la institución e internos con el fin de medir la percepción en la atención de servicios de salud.
- Realizar el análisis a los diferentes componentes.
- Identificar los procesos y estructura en general, para realizar un análisis más objetivo y acorde a la realidad de la institución.

Para la aplicación de la encuesta se establecieron dos grupos objetivo:

El primero conformado por las directivas de la institución que tienen vinculación directa con procesos de salud. Para ellos se desarrolló una encuesta semiestructurada basada en la percepción del cumplimiento de la implementación del contrato de prestación de servicios de salud en la Institución Penitenciaria de Acacias, entre el INPEC y CAPRECOM. Sobre un total de 10 directivos, se aplicó la encuesta a 6 de ellos, lo cual permite tener un nivel de representatividad del 60% para el primer grupo.

El segundo grupo estuvo compuesto por representantes de cada pabellón de la Institución Penitenciaria de Acacias. Dadas las características de seguridad que implica llevar a cabo este tipo de procesos dentro de una institución penitenciaria y siguiendo los procedimientos establecidos en el protocolo del INPEC a nivel nacional para este tipo de investigaciones, se estableció inicialmente una convocatoria interna gestionada por el área de trabajo social y psicología del penal donde a un grupo de internos de cada pabellón se les explico el contenido de la investigación a realizarse. Se realizaron tres talleres en los cuales los internos pudieron conocer el contenido del cuestionario y consultarlo con sus compañeros de pabellón. Posteriormente participaron en forma voluntaria para la aplicación de la encuesta, dos representantes de cada pabellón de la penitenciaría para un total de 32 encuestados. La población interna del penal es de 2.327 internos en el momento de llevar a cabo la encuesta, lo cual permitiría deducir que el nivel de representatividad estaría en el 1,4%, sin embargo dadas las características en las cuales se desarrolla la encuesta y teniendo en cuenta los procesos previos sobre información del contenido de la encuesta a los participantes internos, se considera que las respuestas de estos conforman la opinión de la gran mayoría de los internos presentes en los diferentes pabellones, lo cual genera un nivel de confianza en la calidad de las respuestas de un 95%. El 5% restante se establece

sobre la base de 116 internos que en el momento de la encuesta estaban recién llegados al penal y por lo tanto, se considera que no presentan un criterio confiable sobre las respuestas que podrían aportar al tema dentro del universo de internos.

**Tercera fase:**

- Realizar el análisis frente a los hallazgos encontrados tras la aplicación del MPDE y diseñar las estrategias que permitan mejorar el servicio de salud en las penitenciarías colombianas.

El proceso de recolección se llevó a cabo mediante encuestas directas a los seleccionados de cada grupo y una vez registrados, los resultados fueron procesados y analizados por la encuestadora.

El plan de análisis consistió en un tratamiento de las estadísticas descriptivas de los datos cuantitativos de las preguntas contempladas en cada cuestionario. Posteriormente se hizo un análisis de los porcentajes de los principales datos cuantitativos. Se utilizaron principalmente los programas estadísticos de Microsoft Excel.

Posteriormente, con base en los resultados de la encuesta y de los análisis previos sobre misión, visión y factores PCI y POAM, se definen las estrategias a seguir para el plan de mejoramiento institucional, mediante la metodología de la matriz DOFA de evaluación de factores internos y externos, el análisis de las estrategias de relación DOFA y la definición de las estrategias propuestas a desarrollar, lo anterior sustentado en la metodología propuesta por Kauffman González (2003).

## **CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL**

### **LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

La Estrategia se puede definir como un patrón de comportamiento a través del tiempo, que como consecuencia genera un plan de acción desde una perspectiva adecuada para lograr cierta posición a través de maniobras orientadas a ganarle al competidor; por ejemplo, para posicionar un determinado producto en un mercado específico.

Porter (1996) define estrategia como: “la creación de una posición única y valiosa integrada por un conjunto distinto de actividades orientadas a sostener dicha posición”. Algunas características de la estrategia es que establece una dirección, concentrando los esfuerzos de la misma hacia un objetivo organizacional común, generando un sentido de apropiación; dado que el equipo organizacional percibe a través de la estrategia un método consistente para entender a su organización. Según Mintzberg (1999) el concepto de estrategia tiene sus raíces en la estabilidad, aunque gran parte de las perspectivas de estudio se concentran en el cambio organizacional.

La competencia global ha hecho que los directivos de las organizaciones tomen decisiones relacionadas con procesos de reingeniería, reducción de personal, procesos complejos de delegación de poder y autoridad, entre otros; volcando su ocupación en estar a la altura de las mejores organizaciones de la competencia, dejando a un lado a la estrategia y concentrando a la organización en dos términos: integración y ejecución.

La Planificación Estratégica, PE, es una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y

al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los bienes y servicios que se proveen [6].

La Planificación Estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos. Desde esta perspectiva la PE es una herramienta clave para la toma de decisiones de las empresas e instituciones públicas.

## **1. ESTADO DEL ARTE**

A pesar de que el origen de la planeación estratégica es muy antiguo (varias décadas), es hasta los años sesenta cuando surge este concepto con la aparición del libro *Estrategia corporativa*, publicado por Igor Ansoff (1965). A partir de esta publicación, diversas corporaciones establecieron formalmente el proceso de planeación estratégica en sus actividades administrativas, marcando el principio de esta herramienta en el mundo empresarial [7].

En los años ochenta el estudio de la planeación estratégica experimenta su mayor auge, por medio de la publicación de libros especializados y de artículos empíricos que tratan de demostrar la utilidad de esta herramienta. Posteriormente surge una serie de estudios que cuestionan la utilidad de la planeación estratégica en el mundo empresarial, generando dos corrientes de investigación. La primera corriente sostiene que la planeación estratégica tiene el potencial de generar una ventaja competitiva, donde el desarrollo de ideas y estrategias se crea de manera sistemática, analítica y eficiente. La segunda argumenta que la planeación estratégica no tiene el potencial de mejorar el desempeño empresarial, ya que genera burocracia, mayores costos e inflexibilidad en la organización.

Adicionalmente, la planeación estratégica (PE) ha cumplido un papel muy importante en el desarrollo de alternativas formales para mejorar el desempeño organizacional en las pequeñas y medianas empresas (pymes). Se ha observado una proliferación de trabajos y revistas especializadas que subrayan la importancia e interés en esta disciplina (Shrader, Taylor y Dalton, 1984). Sin embargo, no todos están de acuerdo en la eficacia de la planeación estratégica como factor de influencia en el desempeño [8].

En muchos casos es considerada rígida, burocrática, racional y sin relación con el proceso de toma de decisiones estratégicas (Bresser y Bishop, 1983), mientras que otros sostienen que la planeación estratégica es un proceso indispensable para la dirección de una empresa, ya que provee de estructura para tomar decisiones y ayuda a tener una visión de largo plazo [9].

Según Restrepo (2008), afirma que Armstrong (1982), defiende el proceso de planeación estratégica ya que ayuda a la recolección e interpretación de datos que hará posible mantener el equilibrio entre la organización y el ambiente, generando resultados favorables para la organización. Asimismo, diversos empresarios argumentan que la planeación estratégica es fundamental para lograr un desempeño superior al de los competidores y que es el punto de partida para tener un liderazgo y una dirección exitosa (Forehand y Sheshunoff, 2003). Herter (1995) sostiene que las empresas, a pesar de su tamaño, necesitan planear de manera estratégica como primer paso hacia el éxito empresarial, ya que ello obliga al directivo a analizar el contexto real al que se enfrenta la organización [10].

De acuerdo a Castaño (2001), por el contrario, Mintzberg (1994), principal crítico de esta herramienta administrativa, argumenta que todas las organizaciones se enfrentan a determinado grado de incertidumbre en el ambiente, por lo que es inadecuado desarrollar estrategias explícitas, ya que bloquean la visión general del entorno y hacen a un lado el espíritu innovador del

empresario. Para Powell (1992), la planeación estratégica simplemente no genera beneficios extraordinarios porque es un recurso que se puede imitar y sustituir fácilmente, haciendo a un lado la posibilidad de que la planeación estratégica represente una ventaja competitiva [11].

El extenso número de estudios acerca del impacto sobre la planeación estratégica y el desempeño no han sido suficientes para generar resultados concretos que apoyen la utilidad de la planeación estratégica como un instrumento apropiado para desarrollar alternativas, tomar decisiones estratégicas y ejercer un impacto positivo en el desempeño organizacional. Por otro lado, la controversia no sólo ha sido en el impacto de la PE en el desempeño financiero, sino en el concepto, en los elementos que la forman y en la manera de operacionalizar la planeación estratégica; asimismo, el uso de diversas variables que miden el desempeño financiero ha generado distintos resultados dependiendo de cuál se utilice. Esta polémica ha surgido por la falta de una base teórica adecuada para analizar las pequeñas y medianas empresas [12].

Dado que la relación planeación estratégica-desempeño ha sido un tema que ha quedado inconcluso, es necesario revisar las investigaciones empíricas que se han desarrollado para poder explicar las inconsistencias en los resultados reportados en la literatura, así como las variables contingentes que pueden afectar la relación entre planeación estratégica y desempeño [14].

Se han identificado tres áreas de estudio respecto a la relación existente entre planeación estratégica y desempeño. La primera se refiere a la existencia de la planeación estratégica y su relación con el desempeño, donde se analizan los resultados en función de la cultura de planeación estratégica que posee la empresa, del horizonte de planeación, de la calidad del proceso y del grado de logro de objetivos. La segunda área de estudio se enfoca en el análisis del contenido de la planeación estratégica, considerando las estrategias que llevan a

cabo las empresas con un desempeño superior al promedio y tomando en cuenta la industria en la que se encuentra la organización. La tercera y última dimensión sostiene que el desempeño financiero está determinado por la relación contingente entre la estrategia y el ambiente, donde la selección de las estrategias está en función de los factores del entorno y de las capacidades de la empresa, como las habilidades directivas, la experiencia y el estilo de dirección del dueño y/o gerente [14].

En los últimos años, el estudio de la planeación estratégica ha centrado su interés en el análisis de diversos componentes de la planeación estratégica y su relación con el desempeño, siendo menor la atención dedicada a la controversia de su utilidad en las empresas. El análisis del ambiente (Reginald, 2000) y la declaración de una misión empresarial (O’Gorman, 1999) son variables que han sido objeto de estudio para explicar un desempeño superior. Asimismo, se han desarrollado investigaciones que tratan de determinar los resultados obtenidos al llevar a cabo planeación estratégica en organizaciones no lucrativas como Poister, (2005) y; Hendrick, (2003).

Otros trabajos se han inclinado al análisis de factores organizacionales e individuales que influyen en la efectividad del proceso de planeación estratégica en las pymes (Gibbons y O’Connor, 2005; Aragón y Sánchez, 2005). La estructura organizacional, la postura estratégica, el estilo de dirección y la experiencia del directivo, son factores que se han analizado para determinar la efectividad de la planeación estratégica, encontrando una influencia significativa en el proceso de formación de estrategias [15].

## 2. LOS MODELOS DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Existe una vasta compilación de tratados acerca de este tema, en la que se identifica una metodología general que sistemáticamente conduce a la elaboración de planes y proyectos estratégicos, donde por lo general, se da por entendido que cualquier proyecto estratégico de mercadotecnia debe tener una clara descripción de su estructura y de sus objetivos, los que, al ser analizados y evaluados, tienen una repercusión terminal (evaluación del impacto) tanto financiera como de carácter estructural, en la que se establecen con claridad los vínculos y relaciones con estos factores [16].

Resulta conveniente destacar que los modelos son abstracciones de la realidad de los cuales se vale el implementador para ilustrar una idea o propósito determinado, pero que no contienen a todos los elementos de esa realidad. Un modelo es fundamentalmente “la selección de un conjunto de variables y la especificación de sus relaciones mutuas, con objeto de representar algún sistema o proceso real, en todo o en parte”. (Kotler y Armstrong, 2000, p. 425). Es la representación de algo. Habitualmente, conecta varios componentes de tal manera que da lugar a un todo final que representa ‘el algo’. Asimismo, un modelo debe ser: explicable y predecible, general, alto en poder heurístico, alto en poder unificador, original, simple, apoyado en hechos, probable y verificable [17].

Los modelos de planeación estratégica se clasifican con relación a su propósito o técnica básica. Respecto al propósito del modelo hay dos tipos: 1) el modelo descriptivo y 2) el modelo de decisión. El modelo descriptivo tiene por objeto explicar las cosas tal como están o funcionan, no contiene juicio alguno del valor de los fenómenos porque su único objeto es presentar las operaciones internas de un sistema. El modelo de decisión intenta penetrar en cómo deberían ser las

cosas, es una formulación desarrollada con el propósito de identificar una solución mejor.

Algunos de los modelos de planeación estratégica es sus aspectos generales son:

El *modelo de William Newman*. Define al proceso de planeación estratégica en los siguientes términos "...entendemos mejor el proceso de planeación estratégica si primeramente estudiamos las etapas básicas de una decisión específica que se tome. Estas etapas son el diagnóstico del problema, la determinación de soluciones optativas, el pronóstico de resultados en cada acción y, finalmente, la elección del camino a seguir". [18].

La propuesta de William H. Newman proviene de la teoría Clásica de la Administración. Puede parecer un modelo simplista, pero tiene la virtud de centrar la atención al hecho de que el proceso de planeación, estratégica o de otra naturaleza, inicia con la precisión de un diagnóstico relativo a un problema determinado. Implica que la planeación debe resolver problemas u objetivos reales, no a simples especulaciones.

Enfatiza en la necesidad de encontrar probables soluciones alternativas, para orientar las actividades de planeación. Posteriormente a la elección de las soluciones alternativas, propone la realización de un pronóstico de resultados para cada acción seleccionada, con el interés de determinar las posibilidades reales de solución de problemas inherentes a ellas; una vez que éstas se hayan evaluado, se procede a preparar el objetivo estratégico, dando sentido a la acción planificadora.

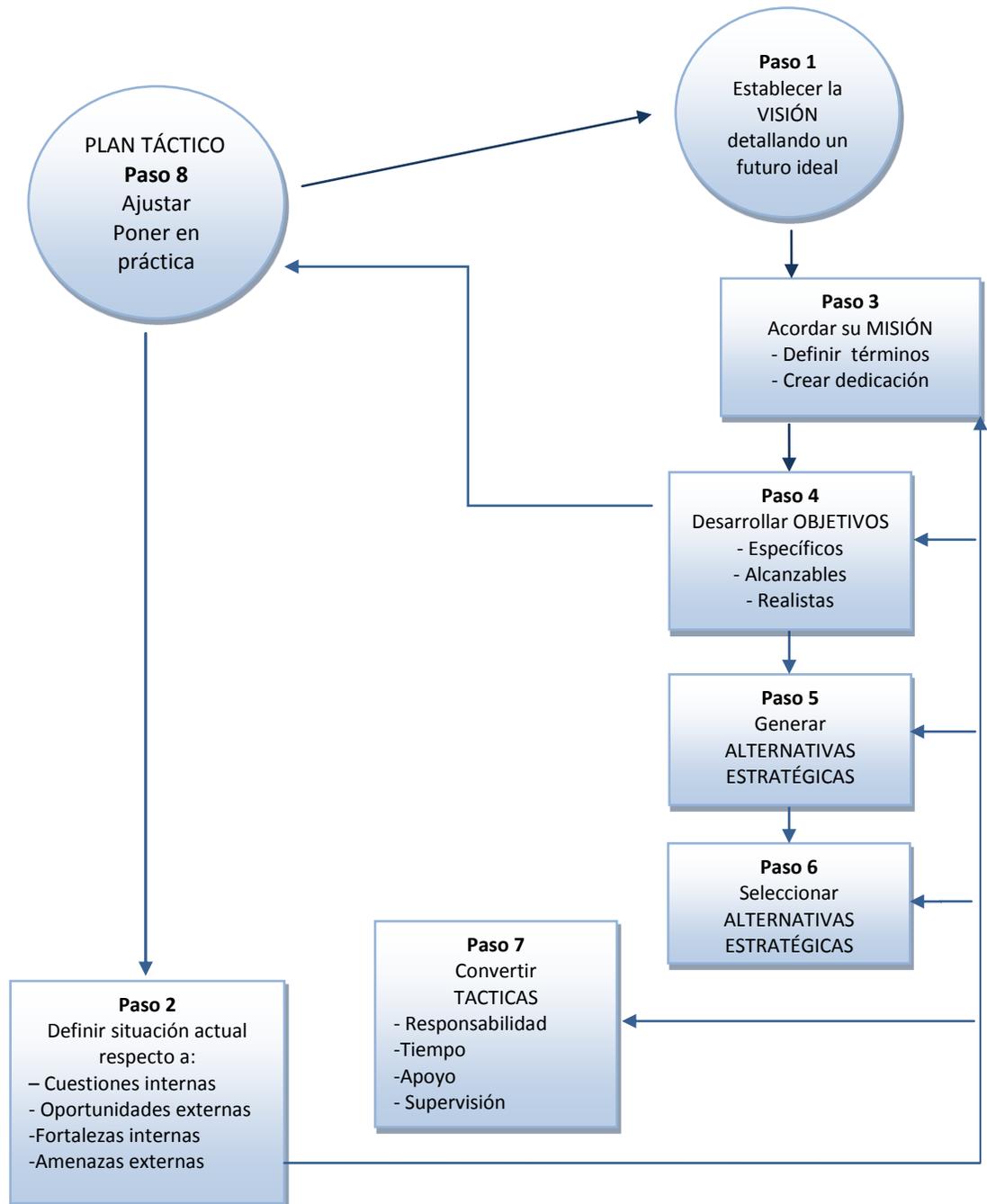
El *modelo de Frank Banghart*. En su obra *Education Planning*, incluye las siguientes fases: definición del problema, conceptualización del problema y diseño de planes o alternativas, evaluación de planes o de alternativas, selección de

planes o de alternativas, instrumentación del plan o de la alternativa y retroalimentación [19].

La propuesta de Frank Banghart con respecto al modelo de Newman, presenta algunas variantes de observar, entre las más importantes, la idea de sistemas, corriente a la que pertenece el autor. En la fase de la conceptualización del problema ya incluye el diseño de planes o alternativas, ligando varias de las etapas generales en una sola. En la segunda fase, se propone la evaluación de los planes o las alternativas propuestas; este paso es coherente como antecedente a la actividad de planeación final. En la tercera fase, se consigna la selección de planes o alternativas, como acción subsecuente a la evaluación, ya que se pudo determinar una mejor posibilidad entre las varias opciones. La cuarta fase, instrumentación del plan o alternativa, se refiere propiamente a la operacionalización del plan o alternativa seleccionada, iniciando la fase final del proceso. Finalmente, en la quinta fase, se propone el proceso de retroalimentación, como la actividad de análisis para depurar o corregir las deficiencias observadas durante la ejecución del plan.

El modelo de *Tom Lambert*. El autor de este modelo plantea ocho pasos o etapas en las que debe realizarse el proceso de planeación estratégica, (ver gráfico 1) y son: Paso uno: Establecer la Visión; Paso dos: Definir la situación actual; Paso tres: Acordar su Misión; Paso cuatro: Desarrollar sus Objetivos; Paso cinco: Generar Alternativas; Paso seis: Seleccionar Estrategias; Paso siete: Convenir Tácticas; y Paso ocho: elaborar el Plan Táctico [20].

**Grafico 1. Modelo de Planeación Estratégica de Tom Lambert**



Fuente; López Alejandra (2007) pág. 40

El modelo incorpora otros modelos y técnicas y al modificarse facilita un claro enfoque en los principios esenciales que desempeñarán un papel clave en la materialización de los planes, cultura y logros que la organización persiga de cara al futuro. El proceso empieza con el desarrollo del futuro que se desea. Una visión compartida del punto a donde se encamina la organización brinda una sólida base para enfocar el pensamiento en la forma de llegar allí y limita la consideración del estado actual a aquellos factores que son pertinentes para el resultado que se desea.

Con relación al modelo de Lambert, el paso cinco: la generación de alternativas, de acuerdo al punto de vista de expertos implementadores del modelo, debería estar al final, después de haber integrado la idea original de un plan estratégico. Por otra parte, situándose en el plano de la idea original del autor, la generación de alternativas en este punto es correcta, dado que es una acción que se debe realizar, antes de elaborar el documento definitivo del plan estratégico que se esté desarrollando. En todo caso, si se parte de la elaboración del primer borrador de un plan estratégico, es conveniente que en la parte medular del desarrollo de estrategias, se contemplen varias alternativas. Este modelo es uno de los más completos referidos al proceso de planeación estratégica.

El *modelo de Colón y Rodríguez* El esquema muestra un modelo de planeación estratégica general que algunos autores definen como el más fácil y entendible de aplicar, además de que es adaptable a todo tipo de organización. El modelo de Colón y Rodríguez inicia con los objetivos del proyecto estratégico, antes que con el análisis diagnóstico, lo que parece adecuado ya que al analizar el qué es lo que se desea realizar permite centrar las acciones de los planificadores. Lo que denominan como modelo del negocio, no es otra cosa que la construcción del escenario al que se le adicionarán las estrategias y acciones que darán sustento al proyecto medular [21].

El *modelo de Bateman y Snell*. Proponen una idea acerca de los pasos del proceso del proceso de planeación. Es un modelo dual en el que presenta dos momentos de la planeación: primero las etapas generales en la toma de decisiones, y segundo, las etapas específicas de la planeación formal [22].

El primer momento, presupone un conjunto de acciones orientadas a la identificación y precisión del problema que se pretende resolver a través del proceso de planeación, iniciando con el diagnóstico del organismo y de su entorno, la presentación de ideas respecto al conjunto de soluciones alternativas que se perciben después del análisis, la selección de alternativas posibles dados los recursos, la evaluación de las mismas y la selección correspondiente para proceder a su implementación y evaluación previa a la planeación formal para llevar a cabo las propuestas.

El segundo momento, consiste en llevar a cabo las actividades formales para la objetivación de las ideas, transformándolas en planes y programas susceptibles de ser llevados a la práctica, determinando sus objetivos y metas, así como el proceso de implementación y evaluación correspondiente.

El modelo de Bateman y Snell es una propuesta interesante que se ajusta a cualquier tipo de organización que esté dispuesta a llevar a la práctica procesos de planeación estratégica.

Bateman y Snell entienden que la planeación estratégica de largo alcance debe ser analizada, evaluada y administrada de una manera diferente a la de los planes operativos de corto plazo. La dualidad estriba en que se operan al mismo tiempo dos dimensiones temporales de un proyecto estratégico, mismo que requiere de la ejecución de planes de corto plazo para ir adaptándose y acercándose progresivamente a los objetivos y metas terminales de mediano y largo alcance.

*El modelo denominado Prototipo de Planeación Estratégica elaborado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).* Este modelo plantea otra opción del proceso de planeación estratégica, fue desarrollado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para implementarlo en empresas Latinoamericanas de alto nivel de inversión que utilizaban fondos provenientes del Banco Mundial, y del BID [18]. En este modelo se presentan cuatro etapas (gráfico 2) que guardan una gran semejanza con los modelos anteriormente desarrollado [23].

La etapa 1 Consenso Estratégico establece la necesidad de conceptuar el sistema de planeación antes de iniciar propiamente las actividades del desarrollo del plan estratégico.

La etapa 2 Diagnostico Situacional da inicio el proceso de planeación estratégica en sí, ya que se refiere a la realización del diagnóstico y al planteamiento primario de la selección de los temas estratégicos que se abordarán en el plan; es decir, las líneas generales de acción estratégicas.

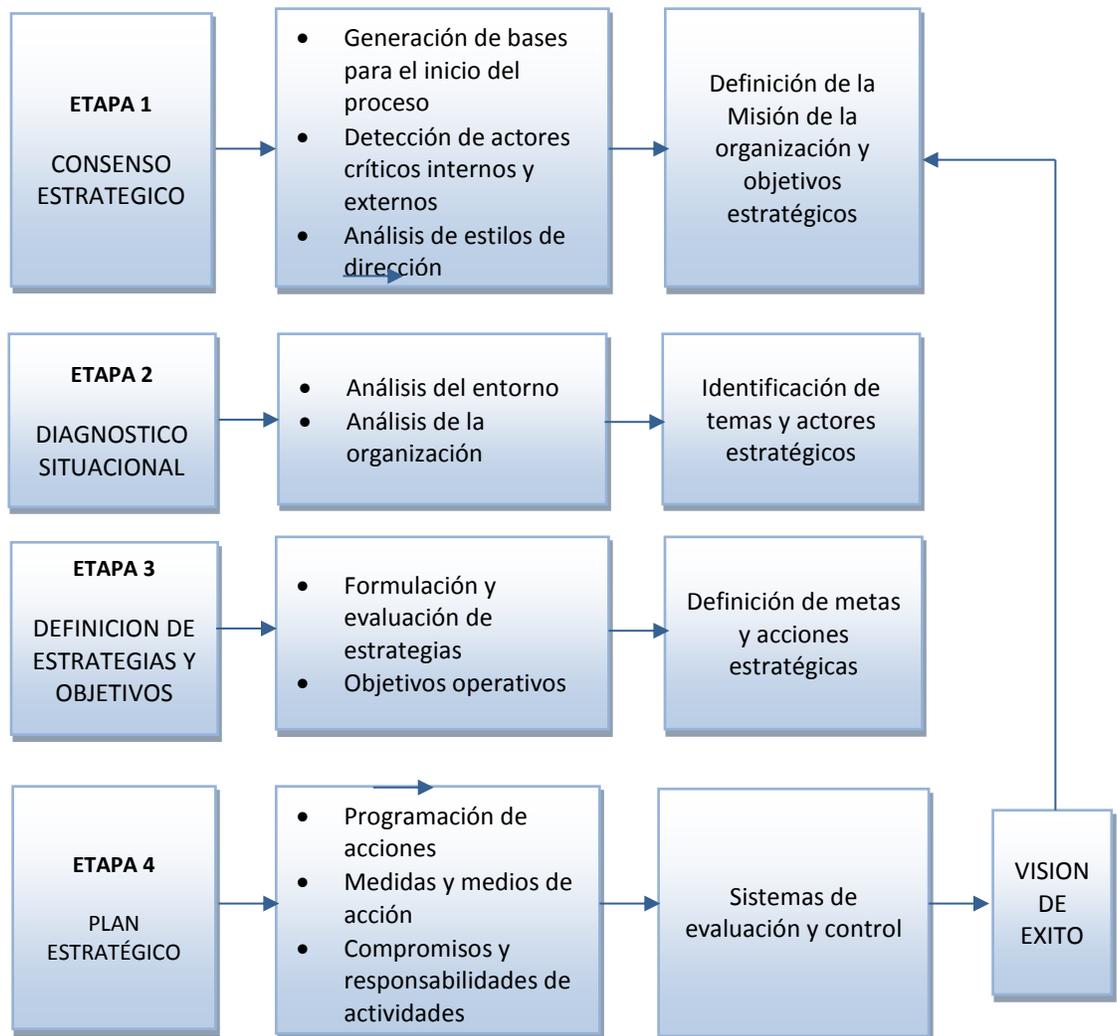
La etapa 3, Definición de Estrategias y Objetivos plantea la necesidad de formular las estrategias rectoras del plan estratégico y los objetivos que se persiguen con ellas, dando paso al proceso de evaluación de las mismas, precisando las líneas generales de acción a través del señalamiento de objetivos operacionales.

La etapa 4 o fase del proceso de planeación, se refiere a la integración del plan estratégico, en donde además, se incluyen los aspectos normativos de la administración, seguimiento y evaluación del plan.

El prototipo proporciona una imagen entendible de las fases de la planeación estratégica y que, al relacionarla con los conceptos que se han analizado en los

modelos anteriores, permite tener una idea aproximada de las implicaciones del proceso que se ha venido analizando.

**Gráfico 2. Modelo Prototipo de Planeación estratégica del BID**



Fuente: BID, 1999 pag.-207

El *modelo de planeación estratégica SHKG*. El modelo de Sergio Kauffman González, es resultado del análisis de las propuestas teórico-metodológicas de diferentes autores. Al igual que Bateman y Snell, el Modelo SHKG divide el mapa del proceso de planeación en dos cuadrantes (ver gráfico 3) [24].

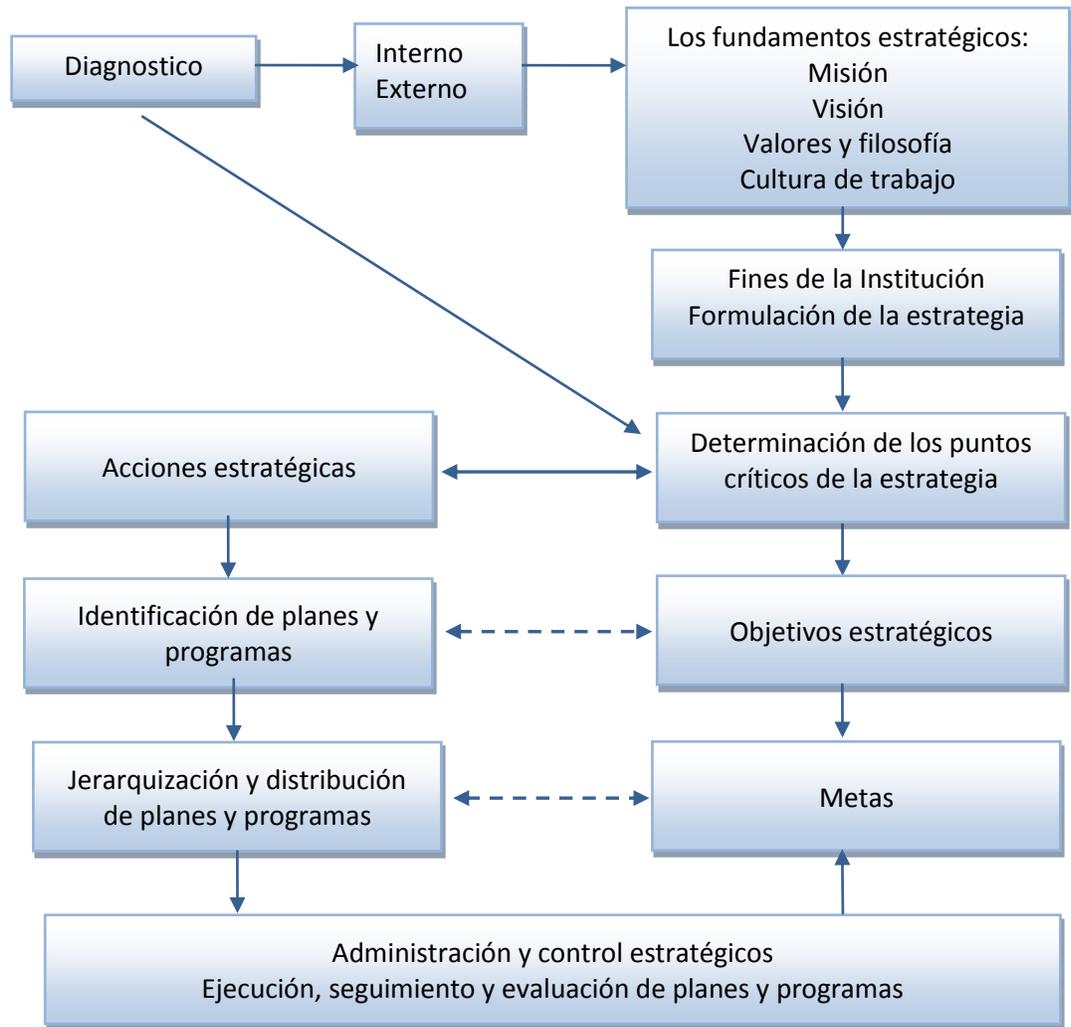
Para Kauffman todo proceso de planeación, independientemente de las decisiones previas inherentes a la necesidad de desarrollar un proyecto de planeación estratégica, requieren de un diagnóstico previo en el cuál se basen las decisiones y acciones posteriores. El diagnóstico debe abarcar la situación interna y externa de la organización, con la finalidad de poder dar una orientación clara a las decisiones y acciones correspondientes.

Como resultado de éste proceso, se establecen lo que Kauffman denomina los fundamentos estratégicos de la planeación: Misión y Visión de la organización, los Valores y la filosofía bajo los cuales se regirán las conductas individuales y colectivas, y la cultura de trabajo (métodos y procedimientos) que permitirá alcanzar los resultados esperados.

Con el marco de referencia de los fundamentos, se logra determinar los objetivos estratégicos generales que se persiguen, la estrategia a desarrollar, los puntos críticos de la estrategia, el formato del plan estratégico, los objetivos y las metas finales que se pretenden en un periodo determinado.

También a partir de los resultados del diagnóstico y ligadas a los objetivos estratégicos generales, la estrategia y las líneas estratégicas, se ubican las acciones o decisiones estratégicas. El plan estratégico deberá contar con un conjunto de planes y programas que deben ser identificados, jerarquizados y distribuidos temporalmente (corto, mediano y largo plazo) de acuerdo a su importancia y necesidad, para orientarlos al cumplimiento de los objetivos y metas determinados al término del periodo establecido.

**Grafico 3. Modelo de Planeación Estratégica SHKG**



Fuente: Kauffman González, S. H. 2003.

### **3. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.**

Gregory & Dess, (2003) en su documento *Dirección estratégica: creando ventajas competitivas*, establecen que todo proceso de planeación estratégica, independientemente de las decisiones previas inherentes a la necesidad de desarrollar un proyecto de planeación estratégica, requieren de un diagnóstico previo en el cuál se basen las decisiones y acciones posteriores. El diagnóstico debe abarcar la situación interna y externa de la organización, con la finalidad de poder dar una orientación clara a las decisiones y acciones correspondientes [25].

A partir del diagnóstico y tomando en consideración los propósitos previos, es conveniente determinar el escenario del tipo de organización que se desea desarrollar o modificar. Determinar la visión, precisar la misión del organismo, decretar los valores y la filosofía que habrán de regir las conductas individuales y colectivas de los miembros de la organización para ellos y para sus clientes. Finalmente, antes de proceder al desarrollo propiamente dicho del plan estratégico, es conveniente determinar los componentes de la cultura de trabajo que habrá de caracterizar las operaciones normales de los miembros de la entidad.

Ballesteros (2007) en su investigación *Planeación Estratégica Guía Didáctica y Modulo estipula que una vez que se tiene preparado el escenario que organizacionalmente se desea lograr, lo que prosigue es determinar cuáles serán los objetivos estratégicos designados para ese organismo en proyección. El proceso de planeación continúa con los preparativos para implementar, evaluar y retroalimentar al sistema de planeación, facilitando los ajustes y las correcciones necesarios*

La definición de los Objetivos Estratégicos, los indicadores y las metas, permiten establecer el marco para la elaboración de la Programación Anual Operativa que es la base para la formulación del proyecto de presupuestos [26].

La formulación de la estrategia inicia con el análisis del mercado y de la empresa, comúnmente conocidos como POAM (externo) y PCI (interno), que permiten definir los objetivos de largo plazo y las estrategias para conseguirlos, enmarcados en la Misión y Visión empresarial. Una vez planteadas las estrategias para conseguir los objetivos propuestos, se implementan los programas bajo las políticas y metas trazadas motivando y asignando recursos de manera eficiente. Por último, se evalúan los resultados de acuerdo a lo planeado para hacer las modificaciones del caso. Esta evaluación usualmente se hace a través de indicadores de gestión que miden la evolución del negocio en un periodo determinado e indican las bases comparativas con otros periodos para reaccionar con tiempo ante cualquier situación que se presente [27].

Shapiro (2004); en su documento *Herramientas de Planificación Estratégica* plantea que una vez definidas y/o evaluadas la misión y la visión, se debe proceder a hacer un estudio del entorno interno y externo para ubicarse dentro del mercado buscando aprovechar las oportunidades del mismo.

Antes de definir las estrategias y objetivos que ayudarán a la empresa a cumplir sus expectativas y las de sus clientes, se deberá hacer un estudio minucioso del mercado externo y del interior de la empresa, que le permitan identificar los puntos clave en donde puede actuar más efectivamente, aquello que llaman medir el terreno ” [29].

La herramienta más efectiva para hacer el análisis es la matriz DOFA (ver tabla 1). Es para las empresas una herramienta de uso gerencial, que permite identificar las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas tanto a nivel interno de la

organización como del medio. Igualmente, permite determinar el Estado Interno (PCI) y Externo (POAM) de las empresas, para que de acuerdo a sus resultados se tomen las mejores decisiones en el desarrollo y progreso de la compañía, a través de la formulación de ventajas competitivas, duraderas y sostenibles a largo plazo.

**Tabla 1 Matriz DOFA**

MATRIZ DOFA	Análisis Interno PCI	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Análisis Externo POAM	Listado de las fortalezas de la empresa	Listado de las fortalezas de la empresa
OPORTUNIDADES	FO	DO
Listado de las oportunidades de la empresa	Se usa las F para aprovechar las O	Se trata de minimizar las D y aprovechar las O
AMENAZAS	FA	DA
Listado de las amenazas de la empresa	Usamos las F para contrarrestar las A	Se trata de minimizar las D y contrarrestar las A

Fuente: Shapiro (2004)

Esta matriz se nutre de los elementos identificadas en los análisis interno y externo. Para Shapiro el Perfil de Capacidad Interna. PCI es el análisis interno de una organización. Es considerado como una herramienta que permite determinar Fortalezas y Debilidades de la empresa. Los aspectos a considerar son: Directivo, Financiero, Tecnológico, Competitivo y Talento Humano. El Perfil de Oportunidades y Amenazas del Medio POAM, es el análisis externo de una organización, señalado como una herramienta que permite evaluar y determinar el entorno que ronda a la empresa, es decir, que Oportunidades y Amenazas se presentan. Los factores a considerar son: Económico, Político, Social, Tecnológico, Competitivo y Geográfico. Elaborar una Matriz DOFA es algo muy sencillo, todo parte de la buena clasificación que se le dé a cada uno de los distintos aspectos que la conforman. Un esquema práctico para los dos análisis

(Interno-Externo) se presenta en el cuadro 1, donde se mide para cada aspecto un análisis de impacto. (A: alto M: medio B: bajo).

**Cuadro 1. Análisis de Diagnóstico interno y Externo**

Diagnóstico Interno PCI										
Aspectos	Clasificación de factores	Fortalezas			Debilidades			Impacto		
		A	M	B	A	M	B	A	M	B
Directiva										
Financiera										
Tecnológica										
Competitividad										
Talento Humano										
Diagnóstico Externo POAM										
Aspectos	Clasificación de factores	Oportunidades			Amenazas			Impacto		
		A	M	B	A	M	B	A	M	B
Económico										
Político										
Social										
Tecnológico										
Competitivo										
Geográfico										

Fuente: Shapiro (2004)

Del análisis PCI y POAM se desprenden las estrategias que se deben desarrollar para definir los lineamientos estratégicos y los objetivos que se establecieron en el proceso de diagnóstico.

Para Hitt, et al (2008), los objetivos son los propósitos de la organización en función al tiempo, se refieren a un resultado concreto que se desea o necesita lograr dentro de un periodo específico, ya sea a corto, mediano o largo plazo. Los objetivos sirven para el desarrollo de metas y definición de acciones. Responden a la pregunta *¿qué debemos hacer?* Es importante definirlos pues con base en ellos se van a medir los resultados obtenidos, es decir, se convierten en el parámetro de evaluación de la administración. Las metas: son los resultados parciales cuantificables del logro de los objetivos que espera alcanzar una organización en el corto o mediano plazo.

Las estrategias definen el camino de acción para conseguir los objetivos propuestos. Responden a la pregunta *¿cómo lo vamos a hacer?* El objetivo de la estrategia es conseguir un desempeño superior, considerando los aspectos encontrados en el mercado que pueden afectarle. Para Hitt, et, los tipos de estrategias competitivas que usualmente se definen en las empresas son intensivas, defensivas, genéricas, de diversificación y de integración [29].

*Estrategias Intensivas:* buscan mejorar la posición competitiva de la empresa con los productos o servicios actuales. En las Estrategias Intensivas se pueden distinguir 3 tipos de estrategia: Penetración en el mercado, Desarrollo del mercado y Desarrollo del producto.

Penetración en el mercado: La estrategia para penetrar el mercado pretende aumentar la participación del mercado correspondiente a productos y servicios presentes, por medio de un esfuerzo mayor para la comercialización. Se usa cuando los mercados no están saturados con un producto.

Desarrollo del mercado: Introducción de los productos o servicios en otras zonas geográficas. Expandir o buscar nuevos mercados. Se usa cuando hay mercados que no han sido tocados o saturados.

Desarrollo del producto: Modificación o mejoría del producto.

*Estrategias Defensivas:* Necesidad de resguardar los activos de la empresa, los mercados, clientes y proveedores. Pueden ser:

Empresa de riesgo compartido (Join Venture): Cuando dos o más empresas constituyen una sociedad temporal, para aprovechar alguna oportunidad. Se usa cuando dos empresas pequeñas se unen para enfrentar una de mayor tamaño.

Encogimiento: Ocurre cuando una empresa se reagrupa mediante la reducción de costos y activos a efectos de revertir la caída de ventas y utilidades. Se usa cuando la organización ha crecido tanto que necesita reorganizarse.

Desinversión: Venta de una división o una parte de la organización, se usa para reunir capital para otras adquisiciones. Se usa cuando se realizó la estrategia de encogimiento pero no se lograron los mejores resultados.

Liquidación: Ventas en partes de los activos de una empresa por su valor tangible. Se implementa cuando se realizaron las dos estrategias anteriores y no tuvo éxito.

*Estrategias genéricas* tienen por objeto superar a los competidores en la industria. Las estrategias genéricas implican diferentes arreglos organizativos, procedimientos de control y sistemas de incentivos. Las empresas grandes, con mayor acceso a recursos, suelen competir con base en un liderazgo en costos y/o diferenciación, mientras que las empresas pequeñas suelen competir basadas en su enfoque. Porter (1996). Estas son:

Liderazgo en costos: Mantener el costo más bajo frente a los competidores y lograr un alto volumen de ventas.

Diferenciación: Introducir en los productos características distintas a la competencia.

Enfoque o alta segmentación: Para empresas que atienden mercados muy segmentados, buscan descubrir y atacar mercados nichos.

*Estrategias de diversificación:* Cuando se diversifica la cartera de productos.

Diversificación concéntrica: Adición de nuevos productos relacionados con la actividad de la empresa. Se usa cuando se compete con la industria y el crecimiento es lento.

Diversificación horizontal: Adición de productos nuevos, no relacionados con la actividad de la empresa. Se usa cuando los canales de distribución se pueden aprovechar para productos nuevos.

Diversificación conglomerada: Productos nuevos para clientes potenciales no relacionados con la actividad. Se usa cuando la industria registra cada vez menos ventas y utilidades.

*Estrategias de Integración:* Buscan controlar o adquirir el dominio de los distribuidores, proveedores y competencia.

Integración vertical hacia adelante: Controlar o adquirir el dominio sobre los distribuidores. Se usa cuando los distribuidores buenos están limitados.

Integración vertical hacia atrás: busca dominar a los proveedores. Se usa cuando no hay muchos proveedores pero si competidores.

Integración horizontal: Busca dominar a los competidores. Se usa cuando la organización compite en una industria que está creciendo.

Todas las estrategias que se establecen en el proceso de mejoramiento organizacional generan objetivos, metas y actividades pueden medirse con parámetros que enfocados a la toma de decisiones permiten asegurar los resultados deseados en comparación a los resultados logrados, determinar las brechas existentes entre éstos y establecer en el proceso de evaluación posterior qué aspectos de la planificación fallaron y quiénes son los responsables de dichas fallas. Los parámetros utilizados en la medición de los resultados se denominan indicadores de gestión.

Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso. El *Desempeño* es la capacidad de una institución para gestionar adecuadamente sus recursos y dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos [30].

Según CEPAL ((2010) los indicadores de gestión de pueden clasifican según lo que miden ya sea en la dimensión del desempeño o en la etapa del proceso productivo (tabla 2).

**Tabla 2. Clasificación de los Indicadores de gestión**

Dimensión del Desempeño	Etapa del proceso productivo			
	Insumos	Proceso	Productos	Resultado
Eficacia				X
Eficiencia	X	X	X	X
Calidad	X	X	X	
Economía		X	X	

Fuente CEPAL (2010)

Indicador de Eficacia: Mide el grado de cumplimiento de un objetivo, mas no considera los recursos asignados para ello. Ejemplo:

- Porcentaje de vacunas aplicadas en relación a las programadas
- Reducción de la tasa de morbilidad

Indicador de Eficiencia: Mide la relación entre los productos y servicios generados con respecto a los insumos o recursos utilizados. Ejemplo:

- Costo promedio anual por interno atendido
- Solicitudes tramitadas por odontología

Indicador de Calidad: Mide atributos, capacidades o características que deben tener los bienes o servicios para satisfacer adecuadamente los objetivos del programa. La Calidad es una dimensión de la eficacia, pero por su importancia se la distingue con nombre propio. Ejemplo:

- Grado de satisfacción de los usuarios
- Tiempo de respuesta a requerimientos de los beneficiarios

Indicador de Economía: Mide la capacidad del programa para generar o movilizar adecuadamente los recursos financieros .Economía es una dimensión de la eficiencia. Ejemplo:

- Ingresos propios generados
- Presupuesto ejecutado en área de sanidad

Igualmente existen otras clasificaciones, según el tipo de control y evaluación que se requiera y entre ellos están:

*Indicadores Estratégicos.* Definen el cumplimiento de la misión, objetivos y políticas institucionales (Impacto, Calidad, Equidad). Generalmente son anuales e influyen en la toma de decisiones y en las políticas de mediano y largo plazo.

*Indicadores de Proyectos estratégicos.* Se refieren al cumplimiento de políticas y líneas estratégicas de la Institución. Generalmente son anuales y tienen que ver con el cambio estructural y los proyectos innovadores.

*Indicadores de proyectos programático-presupuestales.* Corresponden a proyectos definidos en la estructura programática y el presupuesto de la institución y el establecimiento de metas específicas de resultados oficiales. Los indicadores corresponden al cumplimiento de las metas mensuales y anuales, así como al ejercicio del presupuesto. Abarcan todas las actividades de la institución, haciendo énfasis en la operación del mismo.

*Indicadores de gestión institucional.* Comparación mensual de resultados del año actual con el anterior, en metas de atención, incorporación y conclusión.

Estos indicadores permiten identificar la eficiencia con que operan los diferentes insumos, recursos y marco normativo del sistema y reajustar el equilibrio de los recursos y la eficiencia de operación de alguno de los recursos que se está convirtiendo en un cuello de botella. Igualmente miden al impacto

El Plan Estratégico según Gregory & Dess, es el resultado final del proceso de planeación estratégica de la Institución se presenta normalmente en dos documentos, a saber: Un informe final que anexa la información generada durante el proceso, debe mantenerse en la en la máxima dirección de la institución para efectos de: respaldo, consulta, seguimiento y formulación del Plan Operativo Anual (POA) y otros Planes Estratégicos Institucionales (PEI). Un informe ejecutivo que se presenta ante las instancias de consulta, de los altos niveles jerárquicos de la organización con el fin de informar sobre los resultados obtenidos y la propuesta de mejoramiento organizacional [30a].

La implementación del plan estratégico implica la iniciación concurrente de varios planes tácticos y operativos diseñados en el nivel funcional o superior más el monitoreo y la integración de dichos planes en el nivel organizacional.

La ejecución de estrategias afecta todas las esferas de una organización, causando impacto en todas las áreas funcionales de la empresa. La ejecución incluye acciones tales como cambios en las políticas, adición de nuevos departamentos, cierre de instalaciones, contratación de nuevos empleados, desarrollo de nuevas prestaciones del personal, fijación de procedimientos de control de costos, cambio en las estrategias publicitarias, construcción de nuevas instalaciones, adiestramiento de nuevos empleados y transferencia de gerentes entre divisiones. Estas actividades difieren grandemente, dependiendo del tipo y tamaño de cada organización.

En conclusión el proceso de planeación estratégica se plasma en el Plan Estratégico Institucional como el referente principal del cual se desprenden: las metas anuales, macro-actividades, indicadores, período de realización, responsables y participantes.

## **CAPITULO II**

### **EL SISTEMA PENITENCIARIO EN COLOMBIA**

#### **1. ASPECTOS HISTÓRICOS Y JURÍDICOS**

El Sistema Penitenciario y Carcelario SPC, en Colombia basa su estructura en el contexto de respeto a los derechos humanos, la integridad física y mental del recluso y a las condiciones humanitarias basadas en la resolución 43/173, de 1988, emanada de la Naciones Unidas [31].

El primer esfuerzo gubernamental por institucionalizar y modernizar las cárceles en Colombia se presenta mediante la Ley 35 de 1914 y el Decreto Orgánico 1557 del mismo año los cuales dan origen a la Dirección General de Prisiones DGP; en ese momento se reglamentó como entidad adscrita al Ministerio de Gobierno. Posteriormente, el Decreto Ley 1405 de 1934 configura el primer Estatuto de Régimen penitenciario y Carcelario, y reglamentó su administración y organización [32].

En 1940 la DGP, se convierte en Departamento del Ministerio de Justicia con el nombre de División General de Establecimientos de Detención, Penas Y Medidas de Seguridad, iniciando su funcionamiento con las secciones de Jurídica, Control, Planificación arquitectónica Carcelaria y la Oficina de Patronato. Las obligaciones

del personal se reglamentaron con la Resolución Ministerial No. 1072 de 1956 [33].

En el año de 1964 y mediante Decreto N° 1817 se reforma y adiciona el Código Carcelario (Decreto Ley 1405/34) y se dictan disposiciones comunes a todos los establecimientos de detención, se creó la figura de Abogado Procurador, la Escuela y la Carrera Penitenciaria, los Servicios de Asistencia Social Carcelaria y la Post-Penitenciaria [34].

En el año 1992 y mediante Decreto N° 2160 se fusiona la Dirección General de Prisiones con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia y la Imprenta Nacional y se crea el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, cuya naturaleza jurídica es la de un establecimiento público de orden nacional, adscrito al Ministerio de Justicia y del Derecho, con personería jurídica, patrimonio independiente, descentralización administrativa y desconcentración de funciones, e independiente para el manejo administrativo dirigido hacia la auto-organización de los recursos, lo que debe conducir a desarrollar políticas penitenciarias modernas tendientes a lograr la reinserción social como uno de los fines principales de la pena como de la Institución [35].

Mediante la Ley 65 de 1993 se crea el nuevo Código Penitenciario y Carcelario, lo cual determina un paso importante en la modernización de la justicia en el país. La actualización de las normas penitenciarias, producto de la Constitución Política de 1991, genera el marco normativo para aplicar la ejecución de las sanciones penales en forma humana y moderna acorde a los postulados señalados por la Carta Magna y las Organizaciones Internacionales defensoras de los Derechos Humanos [36].

La Ley 65/93, contempla importantes aspectos para garantizar los derechos fundamentales a los reclusos, los objetivos de la justicia y el fin de la pena, como

lo son el tratamiento progresivo, la clasificación científica de los internos, el seguimiento de los grupos interdisciplinarios de profesionales, la programación de actividades educativas, culturales y deportivas. Así mismo se desarrollan las funciones del juez de ejecución de penas, se crea la carrera penitenciaria para el personal del instituto, y se incorpora el servicio militar obligatorio de bachilleres, este último empleado como servicio social y humanista en los Establecimientos de Reclusión para apoyar la función de reinserción social en la parte educativa, técnica, cultural, deportiva y cívica.

Otro aspecto importante de la Ley 65/93 es la creación del Sistema Nacional Penitenciario el cual está integrado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, por todos los centros de reclusión que funcionan en el país, la Escuela Penitenciaria Nacional y por los demás organismos adscritos o vinculados al cumplimiento de sus fines.

En últimas, la competencia del INPEC, contenida en la mencionada Ley 65 es la creación, organización, dirección administrativa, sostenimiento y control de las penitenciarías, cárceles, colonias agrícolas, reclusiones de mujeres y demás establecimientos similares que se creen en el orden nacional.

Los centros de reclusión pueden ser de alta, media y mínima seguridad (establecimientos abiertos). Las especificaciones de construcción y el régimen interno establecen la diferencia de estas categorías (ver tabla 3).

Según la Ley 65/93 los establecimientos de reclusión pueden ser cárceles, penitenciarías, cárceles y penitenciarías especiales, reclusiones de mujeres, cárceles para miembros de la Fuerza Pública, colonias, casa-cárceles, establecimientos de rehabilitación y demás centros de reclusión que se creen en el sistema penitenciario y carcelario (ver tabla 4).

Es importante aclarar que aunque en el lenguaje común se llama cárcel tanto a los sitios de reclusión de sindicados como a los sitios de reclusión de condenados, cada uno de éstos tiene su propia denominación: cárceles y penitenciarías, respectivamente.

**Tabla 3. Categoría de los establecimientos Carcelarios y Penitenciarios**

Clase	Categoría	Perfil del interno
Cárcel	Alta	Sindicados por delitos de genocidio, delito contra personas protegidas por el derecho Internacional Humanitario, homicidios con circunstancia de agravación , terrorismo, secuestro, secuestro extorsivo, tortura, desaparición forzada
	Regular	Sindicados de bajo riesgo
Penitenciaria	Alta	Condenados por delitos de genocidio, delito contra personas protegidas por el derecho Internacional Humanitario, homicidios con circunstancia de agravación , terrorismo, secuestro, secuestro extorsivo, tortura, desaparición forzada
	Regular	Condenados por delitos contemplados en la legislación penal vigente y que otorguen pena de prisión entre seis (6) y veinte (20) años de condena. Se exceptúan los delitos contemplados para las penitenciarías de alta seguridad.
	Mínima	Condenados por delitos contemplados en la legislación penal vigente y que otorguen pena de prisión entre uno (1) a cinco (5) años de condena.

Fuente: Ley 65 de 1993

Los sindicados y los condenados por la ley pueden tener varios tipos de reclusión para pagar su condena:

**Tabla 4. Caracterización de los tipos de establecimientos de reclusión**

<b>Clase</b>	<b>Función</b>	<b>Tipo de interno</b>
Penitenciaria (art.22).	Ejecutar la pena mediante un sistema gradual y progresivo para el tratamiento de los internos	Condenados
Cárceles (art. 21).	Garantizar la detención preventiva	Sindicados
Reclusión de mujeres (art. 26).	Garantizar la detención y descuento de la pena impuesta	Mujeres infractoras
Cárceles para miembros de la Fuerza Pública (art. 27).	Cumplir la detención preventiva	Sindicados Miembros de la Fuerza Pública.
Colonias Agrícolas (art. 28).	Ejecutar la pena mediante un sistema gradual y progresivo para el tratamiento de los internos	Condenados preferiblemente de extracción campesina
Casa-cárcel (art. 23).	Garantizar la detención preventiva y el cumplimiento de la pena por delitos culposos cometidos en accidentes de tránsito	Sindicados y condenados
Establecimientos de Rehabilitación (art. 24).	Alojar y rehabilitar personas que tengan calidad de imputables.	Personas que tengan calidad de imputables por trastorno mental o inmadurez psicológica según examen pericial.
Reclusión en Casos Especiales (art. 29).	Garantizar la reclusión preventiva y el cumplimiento de la pena.	Personal del INPEC funcionarios y empleados de la Justicia Penal, Cuerpo de Policía Judicial y del Ministerio Público, servidores públicos de elección popular.
Establecimiento de Justicia y Paz (art. 30 Ley 975 de 2005).	Recluir a las personas que se acojan a la ley 975 de 2005	Personas vinculadas a grupos armados al margen de la ley.

Fuente: Ley 65 de 1993 y Ley 975 de 2005

Otras reglamentaciones importantes para el INPEC son las relacionadas con los Decretos Nos. 407 y 446 de 1994 con los cuales se establecieron los regímenes de personal y prestacional respectivamente.

En 1995 y mediante Acuerdo 0011 se expidió el reglamento general al cual se sujetan los reglamentos internos de los establecimientos penitenciarios y carcelarios y con el cual se desarrollaron entre otros temas como las visitas de familiares y amigos, la atención médica, sanitaria y social de la población, se unificaron criterios sobre los elementos de uso permitido en las celdas, se determinaron parámetros para la clasificación de internos. Se reglamentaron normas como las relativas al uso y circulación del dinero, sustituyendo la moneda legal por tarjetas de compra, el funcionamiento de las cafeterías confiriendo su administración exclusiva a la dirección del centro, En 1997 y mediante Decreto 300 se establecieron los estatutos y estructura interna de la entidad, el cual fue modificado por el Decreto 4810 de 2008, suprimiendo la oficina de control interno y estableciendo la clasificación de las Direcciones Regionales.

El INPEC mediante Resolución 4954 de 2007 establece la clasificación de los centros de reclusión y mediante la Resolución 5594 del mismo año, los códigos, definición y abreviatura de los establecimientos carcelarios (tabla 5).

**Tabla 5. Definición de los Centros Carcelarios**

Abreviatura	Definición
C.A.MI.S. E.R.E.	Colonia Agrícola Mínima Seguridad - Establecimiento de Reclusión Especial
E.P.M.S.C.	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario
E.P.M.S.	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad
E.P.M.S.C. - R.M.	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario -Reclusión de Mujeres
E.P.M.S.C. -E.R.E.	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad -Establecimiento de Reclusión Especial
E.P.M.S.C. -E.R.E. J.P.	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario -Establecimiento de Reclusión Especial Justicia y Paz
E.P.M.S.C. - J.P.	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario - Justicia y Paz
E.P.M.S.C. - C.M.S.	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario - Campamento de Mínima Seguridad
E.P.A.M.S.-C.A.S.	Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad y Carcelario de Alta Seguridad
E.P.A.M.S.-C.A.S. JP	Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad y Carcelario de Alta Seguridad-Justicia y Paz
E.P.A.M.S.-C.A.S. - E.R.E. - J. P.	Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad - Carcelario de Alta Seguridad -Establecimiento de Reclusión Especial - Pabellón de Justicia y Paz
E.P.A.M.S.- C.A.S. - E.R.E.	Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad - Carcelario de Alta Seguridad -Establecimiento de Reclusión Especial
E.P.A.M.S. - P.C. - E.R.E.	Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad - Pabellón Carcelario - Establecimiento de Reclusión Especial
E.P.C.	Establecimiento Penitenciario y Carcelario
E.P.C. -E.R.E. J.P.	Establecimiento Penitenciario y Carcelario-Establecimiento de Reclusión Especial y Pabellón Justicia y Paz
E.P.	Establecimiento Penitenciario
E.C.	Establecimiento Carcelario
E.C. - E.R.E.	Establecimiento Carcelario - Establecimiento de Reclusión Especial
E.C. - P.A.S. - P.S.M. - JP.	Establecimiento Carcelario - Pabellón de Alta Seguridad y Pabellón de Salud Mental - Justicia y Paz
E.C. - J.P.	Establecimiento Carcelario - Justicia y Paz
E.R.E.	Establecimiento de Reclusión Especial
R.M.	Reclusión Mujeres
R.M. - P.A.S. E.R.E.	Reclusión Mujeres - Pabellón de Alta Seguridad - Establecimiento de Reclusión Especial
COMPLEJO	Complejo Carcelario y Penitenciario

Fuente: [www.INPEC.gov.co](http://www.INPEC.gov.co)

Actualmente, el INPEC cuenta con seis (6) Direcciones Regionales, localizada en Bogotá, (Central), Cali (Occidente), Barranquilla (Norte), Bucaramanga (Oriente), Medellín (Noroeste) y Pereira (Viejo Caldas) y 141 Establecimientos de Reclusión a nivel Nacional, clasificados y distribuidos en las diferentes Direcciones Regionales como se refleja en el cuadro 2.

Cuadro 2

INPEC. Establecimientos de Reclusión según Regionales 2012

Denominación	Central	Occidente	Norte	Oriente	Noroeste	Viejo Caldas	Total
C.A.M.I.S. E.R.E.	1						1
E.P.M.S.C.	26	18	8	9	17	16	94
E.P.M.S.	2			1			3
E.P.M.S.C. - R.M.	2	1					3
E.P.M.S.C. -E.R.E.		1	2			1	4
E.P.M.S.C. -E.R.E. J.P.				1			1
E.P.M.S.C. - J.P.			1				1
E.P.M.S.C. - C.M.S.	1						1
J:P:	2						2
E.P.A.M.S.-C.A.S.	1		1	1			3
E.P.A.M.S.-C.A.S. JP		1					1
E.P.A.M.S.- C.A.S. - E.R.E. JP	1				1		2
E.P.A.M.S.- C.A.S. - E.R.E.		1					1
E.P.A.M.S. - P.C. - E.R.E.						1	1
E.P.C.	2	1	1				4
E.P.C. E.R.E. J.P.				1			1
E.P.	2				1		3
E.C.					1		1
E.C. - E.R.E.			1				1
E.C. - P.A.S. - P.S.M. - JP.	1						1
E.C. - J.P.			1				1
E.R.E.			1				1
R.M.		2		2		3	7
R.M. - P.A.S. E.R.E.	1						1
COMPLEJO					1	1	2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>141</b>

Fuente: [www.INPEC.gov.co](http://www.INPEC.gov.co)

El Sistema Nacional Penitenciario regido por la Ley 65 de 1993, el Decreto 2636 de 2004 y decretos reglamentarios subsiguientes, establece la diferenciación de cárceles del orden nacional, departamental y municipal. Los establecimientos de reclusión del orden nacional son creados, fusionados, suprimidos, dirigidos y administrados, sostenidos y vigilados por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC. El mismo Instituto determina los lugares donde funcionarán estos establecimientos.

Las cárceles departamentales y municipales, corresponde a los departamentos, municipios, y a Bogotá DC., la creación, fusión o supresión, dirección, organización, administración, sostenimiento y vigilancia para las personas detenidas preventivamente y condenadas por contravenciones que impliquen privación de la libertad, por orden de autoridad policiva.

## **2. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA PENITENCIARIO.**

El país ha venido presentando una problemática penitenciaria y carcelaria, que no es nueva, ya que la gravedad de las situaciones que se presentan, se caracterizan por su ciclicidad. Esta situación como lo establecen González, J. y Saffon, M. (2010) tiene que ver fundamentalmente con múltiples aspectos [37]. El primero hace referencia a los *recursos estatales que se invierten* en el sistema carcelario y penitenciario, donde siempre se observa un déficit y muchas veces en los establecimientos tienen que hacerse grandes esfuerzos para poder dar solución o al menos menguar efectos nocivos que tiene precisamente la falta de inversión.

En segundo lugar están los *temas de infraestructura*. Si bien es cierto se está avanzando en la construcción de nuevas cárceles, sin embargo, se sostiene y se mantiene el déficit en este aspecto debido a ese acumulado histórico que se arrastra

En tercer lugar, está el aspecto de *organización interna* que se considera tiene muchas falencias y que es importante avanzar cada vez más en buscarle solución ya que tiene que ver directamente con el desempeño interno. El problema del manejo de la población de internos, presenta un sin número de problemáticas de todo orden y el tema de la gestión administrativa que le corresponde a las autoridades que directamente están a cargo de los establecimientos, y de forma general la directriz que hace el Instituto Nacional Penitenciario IMPEC. Lo anterior producto de la falta de gestión administrativa a nivel de la Dirección General del INPEC, como a nivel de Instituciones Penitenciarias, ha originado aspectos críticos como lo establecen los diferentes informes por parte de las Instituciones de Control como la Procuraduría General de la Nación o la Defensoría del Pueblo que determina que en algunos de los establecimientos carcelarios se presenten entre muchos problemas: i) tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes producto de la violencia y las malas condiciones de detención ii) corrupción administrativa y mal manejo de presupuestos, iii) falta de separación de personas privadas de libertad por categorías. iv) escasez y/o inadecuada calidad de alimentos. v) falta de acceso por parte de la mayoría de las personas privadas de libertad a la educación, al trabajo y a la recreación, vi) falta de tratamiento penitenciario y atención especializada requerida por muchas personas privadas de libertad, incluyendo las pertenecientes a los grupos vulnerables, vii) inseguridad jurídica de las personas privadas de libertad, incluyendo la falta de un recurso efectivo ante la ley.

El cuarto aspecto hace referencia al *impacto que sobre el sistema penitenciario y carcelario hacen las políticas estatales* que en ciertos momentos pueden generar

sobre la capacidad instalada y generar hacinamiento. Un ejemplo de esta situación se tiene con la aplicación de la Ley 906 de 2004 Sistema Penal Acusatorio o de la Ley 975 de 2005 Establecimiento de Justicia y Paz, cuyo efecto en el aumento de las detenciones ha sido crear mayores niveles de hacinamiento carcelario.

El quinto aspecto hace referencia a la falta de *acompañamiento de los organismos de control*. Las entidades estatales requieren que otros organismos, y así lo contempla la Constitución Nacional, de la misma naturaleza estatal hagan una veeduría, hagan un seguimiento, evidencien las situaciones problemáticas que se presentan, en función y cumplimiento de su misión constitucional, de velar por la guarda y promoción de los derechos humanos fundamentales de la población interna y en general de todos los aspectos que influyen en el sistema carcelario y penitenciario.

## **2.1. Los Modelos Carcelarios:**

En Colombia coexisten dos modelos de cárceles: aquellas construidas antes de 2000, que responden a costumbres y políticas que para los especialistas en el tema se conocen como *modelo tradicional*, y aquellas que se inauguraron después de ese año bajo los preceptos de la llamada *Nueva Cultura Penitenciaria* [38].

El modelo tradicional se caracterizaba por que la ubicación de las cárceles se hacía en los centros urbanos, facilitando el acceso, y un amplio régimen de visitas, que brindaba al interno la posibilidad real de mantener lazos sólidos con el entorno social exterior y con organizaciones solidarias o de derechos humanos.

Igualmente, se garantizaban espacios de libertad individual y desarrollo de la personalidad (por ejemplo, poder entrar y salir de la celda durante el día, vestir ropa propia y elegir cómo tener el cabello).

Se permitía la vida social dentro de la prisión lo cual posibilitaba a los internos resistir a la despersonalización y la deshumanización que genera el control total.

Sin embargo, los principales defectos que se le veía a este modelo tradicional eran la corrupción y el hacinamiento, lo cual llevo a la Corte Constitucional mediante la sentencia T-153 de 1998, a decretar un “estado de cosas inconstitucional” [39] en las prisiones colombianas. Algunos apartes de este documento muestran la gravedad de la situación:

*“Las cárceles colombianas se caracterizan por el hacinamiento, las graves deficiencias en materia de servicios públicos y asistenciales, el imperio de la violencia, la extorsión y la corrupción, y la carencia de oportunidades y medios para la resocialización de los reclusos. Esta situación se ajusta plenamente a la definición del estado de cosas inconstitucional. Y de allí se deduce una flagrante violación de un abanico de derechos fundamentales de los internos en los centros penitenciarios colombianos, tales como la dignidad, la vida e integridad personal, los derechos a la familia, a la salud, al trabajo y a la presunción de inocencia, etc. Durante muchos años, la sociedad y el Estado se han cruzado de brazos frente a esta situación, observando con indiferencia la tragedia diaria de las cárceles, a pesar de que ella representaba día a día la transgresión de la Constitución y de las leyes. Las circunstancias en las que transcurre la vida en las cárceles exigen una pronta solución. En realidad, el problema carcelario representa no sólo un delicado asunto de orden público, como se percibe actualmente, sino una situación de extrema gravedad social que no puede dejarse desatendida”.*  
(Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-153/98)

Ante los hechos citados anteriormente el Gobierno Nacional en 2001 solicitó a la Misión Internacional de Derechos Humanos y Situación Carcelaria del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en Colombia un informe de la situación carcelaria del país [40], la cual presentó el informe Centros de reclusión en Colombia: Un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos. (Marcos, Tidball-Morris & Yrigoyen, 2001). Este documento técnico-jurídico es fruto de un trabajo de asesoría que brinda este organismo a la Defensoría del Pueblo. La Misión visitó 15 establecimientos de reclusión en distintas ciudades. Dentro de los puntos concluyentes más significativos del estudio están:

- La población carcelaria está conformada principalmente por una población homogénea: los sectores más pobres y vulnerables de Colombia.
- Tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes producto de la violencia y las malas condiciones de detención.
- Falta de separación de personas privadas de libertad por categorías.
- Infraestructura y condiciones higiénicas y sanitarias marcadamente deficitarias.
- Falta o insuficiencia de atención médica adecuada.
- Escasez y/o inadecuada calidad de alimentos.
- Inseguridad jurídica de las personas privadas de libertad, incluyendo la falta de un recurso efectivo ante la ley.
- Falta de acceso por parte de la mayoría de las personas privadas de libertad a la educación, al trabajo y a la recreación;
- Falta de tratamiento penitenciario y atención especializada requerida por muchas personas privadas de libertad, incluyendo las pertenecientes a los grupos vulnerables.

Estos estudios llevaron al Gobierno Nacional como lo analiza Castañeda (2011), en buscar asesoría del Buró Federal de Prisiones de Estados Unidos. El modelo basado en la nueva cultura penitenciaria, tiene su origen en dos acuerdos

anexos al Plan Colombia que facilitaron la intervención directa del Buró Federal de Prisiones de Estados Unidos, que estuvo en Colombia hasta 2004 y asesoró el diseño, construcción, funcionamiento y reglamentación de las nuevas cárceles, y la formación de la guardia.

Esta política trajo consigo la ubicación de las cárceles en zonas aisladas y de difícil acceso; la restricción de las visitas y los contactos con el mundo exterior que ahora se realizan cada 15 días, por dos o tres horas; los traslados, tan costosos como incoherentes, que ubican a los detenidos lejos de su domicilio familiar y del lugar del juicio; la masificación de la figura del calabozo individual, denominado Unidad de Tratamiento Especial; y la inmovilización del detenido dentro de la cárcel a partir del control total de su vida en prisión [41]

El gobierno estableció en 2004 una política de construcción y ampliación de Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON), bajo la *nueva cultura penitenciaria*, mediante la aprobación del documento CONPES 3277 de 2004. (Ver cuadro 3. Esta propuesta buscó garantizar la entrada en operación de once (11) establecimientos de reclusión y asegurar la adecuada financiación de la estrategia, dentro del marco fiscal de mediano plazo [42].

Desde esta perspectiva de la oferta, se formularon dos planes para generar 24.331 cupos: El primero de ampliación, adecuación y dotación (AAD) de los establecimientos de reclusión existentes (3.131 cupos) con un costo de \$32.200 millones de pesos (sin financiación). El segundo de construcción, dotación y mantenimiento (CDM) de establecimientos de reclusión y complejos penitenciarios y carcelarios (21.200 cupos) con un costo estimado en \$530.274 millones de pesos de 2004 (sin incluir costos de financiación).

El plan de ampliación, adecuación y dotación (AAD), concebido para ejecutarse a través de contratos de obra pública, culminó en 2008 y dentro de él se

entregaron 3.010 cupos generados en los establecimientos de reclusión de: Bogotá – La Picota (122 cupos), Bogotá – Reclusión de Mujeres (232 cupos), Popayán (948 cupos), Pereira (100 cupos), Sincelejo (200 cupos), Girardot (176 cupos), Apartadó (106 cupos), Calarcá (354 cupos), La Plata (200 cupos), Pitadito (410 cupos), Sogamoso (96 cupos) y Duitama (66 cupos). [43]

El plan de ampliación, adecuación y dotación (AAD), de acuerdo al documento COMPES 3575 de 2010, termina en 2010 y presenta al final un costo de \$997 mil millones de pesos y una ampliación de los cupos en las ERON como se presenta en el cuadro 3, de 22.703 cupos carcelarios.

**Cuadro 3. Recursos aprobados y cupos finales para la construcción de los 11 ERON (Millones de pesos).**

N°	Institución penitenciaria	Costo inicial CONPES 3412	Total Estrategia	Cupos CONPES 3412	Cupos Finales
1	Medellín	99.363	111.737	2.100	2.474
2	Puerto Triunfo	47.376	66.619	1.200	1.370
3	Bogotá-La Picota	108.724	103.971	4.000	4.564
4	Guaduas	84.100	89.348	800	930
5	Florencia	47.413	71.275	2.700	2.974
6	Acacias	55.400	50.310	1.400	1.469
7	Yopal	72.513	66.112	2.600	2.984
8	Jamundí	134.025	172.994	3.200	3.466
9	Cartagena	64.598	19.827	800	924
10	Cúcuta	63.256	78.111	1.200	1.298
11	Ibagué	131.313	167.693	1.600	250
	<b>Total</b>	<b>908.081</b>	<b>997.997</b>	<b>21.600</b>	<b>22.703</b>

Fuente COMPES 3575 de 2010

Actualmente quienes cometen delitos en Colombia se enfrentan a un sistema penitenciario cerrado, esto quiere decir que deben estar confinados ya sea en instituciones carcelarias o en sus hogares bajo prisión domiciliaria. No existe un

seguimiento posterior a la salida de los reclusos y las alternativas que ofrecen el Código Penal Colombiano y el Código de Procedimiento Disciplinario, multas, conmutación de la pena, medidas de aseguramiento no carcelarias, son poco usadas por los jueces en gran medida, según Iturralde, por la presión gubernamental y de la sociedad en general por ver resultados anticriminalidad que se traducen en encarcelamientos y endurecimiento de penas [44].

Pese a la implementación del modelo de nueva cultura penitenciaria, en varios aspectos, el panorama actual de las cárceles puede ser igual o peor al de hace una década, pero con el agravante que se presenta la mayor crisis en términos de hacinamiento y prestación de servicios de salud.

## **2.2. El Hacinamiento Carcelario**

Se define la sobrepoblación carcelaria de acuerdo al Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente ILANUD, como “el exceso de personas privadas de la libertad sobre la capacidad de alojamiento oficialmente prevista, midiendo dicha sobrepoblación sobre la densidad carcelaria por cien plazas.” [45] Un indicador de la capacidad de alojamiento es la cantidad de personas detenidas que puede tener una institución en el momento de su construcción (incluyendo las adecuaciones que se le hagan posteriores). De acuerdo con el ILANUD, para los problemas criminales, se entiende que existe sobrepoblación crítica cuando la densidad penitenciaria es igual al 120% o más y considera la expresión *hacinamiento* como sinónimo de *sobrepoblación crítica*.

Una de las situaciones más complejas a las que se enfrenta el Sistema Penitenciario y Carcelario (SPC) es el hacinamiento en los establecimientos de reclusión del orden nacional (ERON) que, junto con los obstáculos en la disponibilidad de cupos diferenciados para sindicados y condenados, constituye una de las limitaciones principales para la ejecución de la función resocializadora de la pena privativa de la libertad, afectando la puesta en marcha de planes, programas y proyectos de largo plazo en materia de tratamiento y desarrollo, programas de salud, educación, entre otros [46].

El hacinamiento en Colombia ha variado en los últimos quince años pues ha fluctuado entre el 15% y el 45% tal como se presenta en el gráfico 4 y cuadro 4. En el año 1997 según las cifras del INPEC, el nivel de hacinamiento en las cárceles colombianas fue del 45.3% cifra que era considerada record y critica dentro de la historia del sistema carcelario.



Fuente: DNP 2011 Crecimiento de la población reclusa y el hacinamiento en Colombia en perspectiva comparada.

La disminución que se presentó durante los años 2001 y 2002 parece deberse a las acciones emprendidas por el Estado frente a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en la sentencia C-153 de 1998, en la cual se declaró el estado de *cosas inconstitucional* en los centros de reclusión del país, tras verificar la situación de hacinamiento que se presentaba en 1997. En virtud de dicha Sentencia, el Estado hizo una inversión importante de recursos en la ampliación de la oferta carcelaria, por ejemplo, en virtud del CONPES 3086 de 2000, destinado a adoptar un plan de ampliación de la infraestructura penitenciaria y carcelaria del orden nacional.

**Cuadro 4. Niveles de sobrecupo y Hacinamiento en las cárceles de Colombia**

<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Capacidad</b>	<b>Sobrecupo</b>	<b>Hacinamiento</b>
1997	42.454	29.217	13.237	45,3%
1998	44.398	33.119	11.279	34,1%
1999	45.064	33.600	11.464	34,1%
2000	51.548	37.986	13.562	35,7%
2001	49.302	42.575	6.727	15,8%
2002	52.936	45.667	7.269	15,9%
2003	62.277	48.291	13.986	29,0%
2004	68.020	49.722	18.298	36,8%
2005	66.829	49.821	17.008	34,1%
2006	60.021	52.414	7.607	14,5%
2007	63.603	52.555	11.048	21,0%
2008	69.979	54.777	15.202	27,8%
2009	76.471	55.042	21.429	38,9%
2010	84.444	67.965	16.479	24,2%
2011	98.525	72.785	25.740	35,4%
2012 (proy.)	108.531	77.230	31.301	40,5%
2013 (proy.)	119.954	77.480	42.474	54,8%

Fuente: DNP 2011 Crecimiento de la población reclusa y el hacinamiento en Colombia en perspectiva comparada.

La aplicación de la Ley 906 de 2004, impactó en el crecimiento de los detenidos en Colombia, ya que generó un proceso abreviado al máximo; una fase de indagación preliminar, suprimió la etapa intermedia; ratificó la intervención del Ministerio Público; perseveró en la figura del juez unipersonal, y no reglamentó la institución del Jurado. El sistema penal acusatorio, como lo explica el actual director del INPEC en entrevista concedida al diario Universal de Cartagena en 2011, “recluye a los delincuentes mientras la Justicia investiga sus casos y les llama a juicio, lo que en ocasiones perpetúa su estancia en los centros [47].

La población se multiplicó también con la aplicación de normativas como la Ley 975 de 2005 de Justicia y Paz y Ley 1453 de 2011 Seguridad Ciudadana que sancionan más conductas y amplían las penas, por lo que el vicepresidente de la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara, Iván Cepeda manifestó que “la aplicación de leyes como Justicia y Paz y Seguridad Ciudadana contribuye al hacinamiento y crea una descompensación entre la excesiva condena de delitos menores y la impunidad de crímenes de lesa humanidad en Colombia” [48].

El efecto en la tasa de hacinamiento fue el crecimiento de la misma al 38.9% en 2009. Con la construcción y puesta en funcionamiento de los de los nuevos ERON, el hacinamiento vuelve a bajar a 24.2% y a partir de 2011 la tasa de hacinamiento se está desbordando, hasta llegar a la crisis carcelaria que sea llevado al alto gobierno a plantear una reforma a la justicia, con el agravante que esta no pudo volverse Ley debido a los micos y transformación que sufrió en el congreso [49].

Un punto de análisis que aumenta el crecimiento actual en el hacinamiento carcelario según el director del IMPEC está en “los procedimientos que determina la Ley 906 de 2004, ya que los jueces de ejecución de penas están desbordados y luchan contra montañas de archivos para atender la demanda de los directores de las cárceles. Éstos deben determinar si 25.600 presos deben cumplir prisión

domiciliaria, ser beneficiados de libertad condicional u obtener permisos de libertad preparatoria. Si un promedio de 22.000 personas se incorporan cada año a la población carcelaria, es imperativo que abandonen los centros quienes hayan cumplido su pena o estén próximos a hacerlo, siempre que no supongan un riesgo para la sociedad” [50].

Como conclusión se puede afirmar que en Colombia la población reclusa ha venido creciendo año a año en forma sostenida, y conociendo la creciente inversión que el Estado Colombiano ha venido haciendo para fortalecer su aparato policial y judicial, no existen razones objetivas para creer que este comportamiento creciente vaya a cambiar su tendencia en el corto y mediano plazo. Según el estudio del DNP (2011),” el actual ciclo de política penal y penitenciaria, del gobierno del Presidente Santos se encuentra estructurando un programa de asociación público-privada que permitirá la construcción y entrega a finales de 2014 de 26.000 nuevos cupos con un costo estimado en 1,4 billones de pesos, en un esfuerzo similar al realizado por el gobierno anterior” [51].

Para Planeación Nacional, si la tasa de crecimiento de la población reclusa mantiene su misma dinámica histórica reciente (10,2% anual desde 2006), este gran esfuerzo será en todo caso insuficiente, y su año más crítico será el 2013 con un hacinamiento proyectado de 54%, la más alta de los últimos 30 años (ver proyección para el año 2012 a 2013 en el gráfico 3 y cuadro 4).

### **2.3. La Salud Penitenciaria.**

La crisis de la salud es un problema nacional. Si el panorama para la población general, no es alentador, menos lo es para aquellos que se encuentran privados de la libertad. La crisis actual de la salud ha generado problemas críticos de

atención. La violación sistemática de este derecho se ve reflejada en las cerca de 80.000 tutelas que respaldan esta decisión.

La crisis carcelaria actual esta aunada a una serie de factores como son el hacinamiento producto de una deficiente infraestructura y unas políticas que han generado un incremento impresionante en la población carcelaria del país.

En términos de la los problemas de salud, éstos están vinculados a la falta de recursos económicos, a deficiencias administrativas por parte del INPEC y de las instituciones carcelarias, las constantes fallas de CAPRECOM en las demoras de la EPS para pagar las cuentas pendientes con hospitales y las cooperativas con las que subcontractaba el personal médico y en la ausencia de la utilización adecuada de los recursos ya que en muchos centros carcelarios existen medicamentos, pero no médicos, o viceversa.

La crisis, que viene desde hace año y medio según el IMPEC por las constantes fallas de CAPRECOM, se agudizó en junio de 2011 con el aumento de capturas, que tiene las cárceles superpobladas. El hacinamiento alcanzó casi el 45 por ciento, y en la Modelo, una de las cárceles más grandes, aparecieron brotes de varicela y dos de tuberculosis. Esta enfermedad la padecen otros 136 presos en el país [52].

En lo que va del año 2012, cerca de 1.283 presos han tenido que acudir a tutelas para reclamar atención digna, debido a fallas en el servicio de salud que el Estado venía prestando por medio de la EPS CAPRECOM. Según el Tiempo “La cárcel de Acacias, en la que hay más de dos mil internos, es una de las que más dificultades tienen. No tiene medicamentos, les debe los sueldos a los médicos y no hay una IPS que atienda a los internos.

Como este tema es trascendental en el desarrollo de la investigación se presenta un análisis detallado en el capítulo siguiente.

## CAPITULO III

### LA SALUD EN EL SISTEMA PENITENCIARIO COLOMBIANO

Uno de los sectores sociales más vulnerables a los problemas de salud es la población interna en las prisiones. A menudo la salud, en estos espacios, es olvidada o bien considerada de baja prioridad. Sin embargo, el perder el interno su libertad no significa la pérdida de otros derechos que mantiene, como lo es el derecho a la salud, por lo que el mantener una persona bajo custodia del Estado no debería ser perjudicial para su salud.

La salud de una persona privada de su libertad es responsabilidad de diferentes autoridades e instituciones. Estas deben brindar una atención médica adecuada y de la misma calidad que la que se brinda a la sociedad en general. Sin embargo la crisis de la salud que se ve reflejada en la economía nacional, también presenta problemas en el sistema penitenciario del país, y esta situación ha sido consuetudinaria y permanente y actualmente presenta ribetes de crisis.

Lo anterior, cobra vital importancia, al tener en cuenta que el derecho internacional no exime a los gobiernos de sus responsabilidades en materia de reclusión carcelaria, salud y derechos humanos; independientemente de las condiciones económicas, sociales, culturales y religiosas. Al respecto de una problemática como el VIH/SIDA en la prisión, el ILANUD (2011), menciona:

*El derecho internacional establece con claridad que la escasez de recursos no disculpa a un Estado del cumplimiento de su obligación de ofrecer condiciones de reclusiones carcelarias adecuadas y humanas [53].*

A la luz de la Constitución Colombiana, se establece por medio del Artículo 49 que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos al cargo del Estado. Así mismo en el Artículo 13 se establece que el Estado, en calidad de Estado Social de Derecho, debe promover las condiciones para que la igualdad tenga implicaciones reales y efectivas [54].

La situación de la salud en las cárceles colombianas ha sido siempre un tema polémico por las continuas fallas que se presentan en la prestación del servicio y en el control por garantizar condiciones mínimas de higiene y salubridad por parte del gobierno y las entidades carcelarias. Las continuas crisis de la salud en el sector carcelario colombiano y ante repetidas demandas por parte de los afectados conllevaron a la Corte Constitucional de Colombia a precisar mediante Sentencia T-596 de 1992 los derechos fundamentales del preso y entre ellos la salud [55].

*(...) “La órbita de los derechos del preso cuya limitación resulta innecesaria, es tan digna de respeto y su protección constitucional es tan fuerte y efectiva como la de cualquier persona no sometida a las condiciones carcelarias. Los derechos no limitados del sindicado o del condenado, son derechos en el sentido pleno del término, esto es, son derechos dotados de poder para demandar del Estado su protección. Del derecho pleno del interno a la vida, la integridad física y a la salud se derivan importantes consecuencias jurídicas para la administración penitenciaria que pueden ser descritas como deberes. Entre ellos se encuentra el deber de trato humano y digno, el deber de proporcionar alimentación suficiente, agua potable, vestuario, utensilios de higiene y lugar de habitación en condiciones de higiene y salud adecuadas, el deber de asistencia médica y el derecho al descanso nocturno, entre otros.”*

La salud es un derecho de los internos que se traduce en la posibilidad real y efectiva de recibir la atención médica, psicológica o psiquiátrica que requieran. Los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, la Constitución Política de Colombia, las normas que conforman el sistema penitenciario conceden a los reclusos, en materia de salud, los siguientes derechos:

*Tener atención médica con la prontitud debida, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 24 de las Reglas Mínimas, el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los artículos 105, 61 y 62, ordinal 2º, del Código Penitenciario.*

*Recibir primeros auxilios a la mayor brevedad posible y, en caso necesario, ser hospitalizados y recibir atención médica especializada.*

*Ser provistos de los medicamentos necesarios para la atención de sus padecimientos durante el tiempo que sea necesario, según lo establecido en el principio 24 del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.*

*Recibir en forma oportuna atención especializada, inclusive quirúrgica, ya sea en el mismo establecimiento o en las instituciones con las que tenga convenio para estos fines, según el numeral 22 de las Reglas Mínimas y el artículo 105 de la Ley 65 de 1993.*

*Que los servicios médicos dispongan todas las medidas necesarias para la información, prevención y atención de las enfermedades y su tratamiento, principalmente de aquellos que pueden transmitirse entre los internos, pero con estricto apego a sus derechos humanos. Todo lo anterior, fundamentado en los numerales 25 y 26 de las Reglas Mínimas y en Ley 65 de 1993.*

*Que no se les someta a la prueba de detección del VIH, como lo establece el Decreto 1.543 de 1997 en su artículo 38.*

*Recibir ayuda psicológica y psiquiátrica en el momento en que así lo requieran, como lo indican los artículos 61, 105 y 107 del Código Penitenciario y Carcelario vigente.*

*Que en caso de padecer de enfermedad mental, se les den todos los cuidados que exija su tratamiento y que se les ubique en un dormitorio donde no se les moleste o en un área destinada a enfermos mentales, si esto es necesario.*

*Que en caso de padecer de enfermedades infectocontagiosas, se tomen las medidas necesarias para evitar su propagación, siempre que se justifique plenamente y que no sean causa de violación de sus derechos. Artículo 61 y 105, ordinal 2º, del Código Penitenciario y Carcelario.*

*Que en caso de padecer de una enfermedad en su fase terminal, se adopten todas las medidas necesarias a fin de evitar, en lo posible, su avance, y para garantizarles el derecho a una muerte digna.*

*Que se evite en todo momento cualquier medida o tratamiento que ponga en riesgo su vida o que pueda provocarles daño o sufrimiento innecesario”.*

Ante el mantenimiento del estado de cosas en salud la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-535 de 1998, estableció las pautas de la política del estado en salud penitenciaria al afirmar que:

*(...) el mantenimiento de la salud de los internos constituye una de las principales obligaciones estatales. Por ello, con cargo al tesoro público, el Estado debe asumir la responsabilidad integral por el cuidado, prevención, conservación y recuperación de la salud de los internos, independientemente de que estos se encuentren privados de la libertad a título preventivo o de pena. La atención en salud incluye los aspectos médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos, entre otros. En esta integralidad, el Estado también es responsable del mantenimiento de las condiciones mínimas de higiene, seguridad y salubridad carcelaria, así como de todo lo relacionado a la debida alimentación de los internos [56].*

Igualmente, la Corte Constitucional mediante las Sentencias T-606/98 y T-0607/98 [57] ordenó al INPEC la constitución de un sistema de seguridad social de

salud subsidiado, que según los términos no podía exceder el mes de marzo de 1999. Aunque cabe mencionar que según el estudio solicitado por la Comisión Primera del Senado de la República de Colombia, *Antecedentes del Sistema Penitenciario y Carcelario Colombiano*, a 2003 el INPEC no había dado un estricto cumplimiento a lo mencionado [58]

El primer informe sobre la salud en el sector penitenciario lo realiza en 2003 la Defensoría del Pueblo: *Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia* [59]. En esta investigación se incluyeron 1.942 sujetos, a los cuales se les indagó acerca del servicio de salud dentro de la institución carcelaria. Los datos más relevantes señalan que: existen malas condiciones de iluminación y ventilación dentro de las celdas, que al igual que las instalaciones eléctricas no son adecuadas; no todos los reclusos duermen en las celdas, algunos lo hacen en pasillos o baños; la gran mayoría calificó como malas las condiciones del sitio donde duerme; el suministro de agua no es continuo; existe una falta de presupuesto para proveer utensilios de aseo personal, sábanas y cobijas; poco más de la cuarta parte de los presos con VIH/SIDA reciben tratamiento; la gran mayoría reconoció que las E.T.S. constituyen un problema en las cárceles; no todos cuentan con condiciones de alcantarillado adecuadas, lo cual conlleva la presencia de malos olores; la alimentación es deficiente y no apropiada, además, además la alimentación especial y diferenciada que deben recibir algunos reclusos no se respeta; y los servicios de psicología o psiquiatría eran ausentes. Además constataron que la atención médica es deficiente en calidad, sumada a una insuficiencia de personal, tanto en jornadas diurnas como nocturnas, y el inadecuado suministro de medicamentos por parte de la institución a aquellos que los demandan.

Mediante la Ley 1122 de 2007 Reforma del Sistema de salud, el gobierno nacional reglamento en el literal m. del artículo 14 que la población interna a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC “se afiliará al Sistema de

Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado la cual se financiará con los recursos apropiados en el Presupuesto General de la Nación para el INPEC. Estos recursos también financiarán la prestación de los servicios de salud adicionales al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado” [60]. Este cambio en el modelo de atención en salud para la población interna a cargo del INPEC buscó prioritariamente garantizar la seguridad social en salud a esta población la cual será beneficiada con un subsidio total atendiendo a su situación especial.

Como solución por parte del INPEC para dar cumplimiento a la Ley 1122/07 y disminuir la problemática de salud en las cárceles, decidió invitar a las EPS para que estudiaran la posibilidad de afiliar a los internos. A pesar de tener un presupuesto aproximado anual general para salud penitenciaria de \$14.200'000.000 que cubre atención intramural, atención extramural, medicamentos, promoción y prevención, enfermedades de alto costo y salud mental, parece ser que no era “rentable” para ninguna EPS tener esta población afiliada, tal vez por el perfil epidemiológico de los centros de reclusión. Por lo tanto el Gobierno decidió otorgarle el contrato a CAPRECOM, EPS de carácter estatal.

El 1° de abril del año 2009, se firma el Decreto 1141 que dispone la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como solución a la situación diagnosticada en los estudios de la Defensoría del Pueblo. Igualmente da lugar al contrato con CAPRECOM, EPS del régimen subsidiado y a la adquisición de una póliza que cubre los eventos que no se encuentran cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud y de Enfermedades catastróficas [61].

Para los efectos previstos en el Decreto 1141 de 2009, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC suscribió con CAPRECOM el Contrato de Aseguramiento No. 1172 del 22 de julio de 2009 cuyo objeto es realizar el aseguramiento al régimen subsidiado de salud de la población interna que se encuentre reclusa en Establecimientos de Reclusión a cargo del INPEC y cuya

afiliación esté a cargo del INPEC y a los menores de tres años que convivan con sus madres en los Establecimientos de Reclusión [62]

Como característica del contrato de prestación de servicios de salud a la población carcelaria, se estableció que éste se efectuara de manera intramural y extramural. En el primer caso, el INPEC y CAPRECOM determinaron las áreas de sanidad habilitables en los Establecimientos de Reclusión en las cuales CAPRECOM garantiza la prestación de los servicios de salud de actividades de baja y mediana complejidad que sean posible prestar de acuerdo con el modelo de atención que de manera conjunta convinieron y para la atención extramural se estableció contratar con la red de IPS con que cuenta CAPRECOM Igualmente, CAPRECOM debe garantizar la prestación de los servicios de salud en función del plan de beneficios coordinando con el INPEC en lo relacionado con las condiciones de seguridad requeridas.

Adicionalmente, en el Contrato de Aseguramiento (CA/1172-09) se estableció que la población interna que se encuentre afiliada al régimen contributivo o a regímenes exceptuados conservará su afiliación, siempre y cuando continúe cumpliendo con las condiciones de dicha afiliación, y, por lo tanto, las EPS del régimen contributivo y las entidades aseguradoras en los regímenes exceptuados serán las responsables de la prestación de los servicios de salud y el pago de los mismos, en función del plan de beneficios correspondiente. Para la prestación de los servicios de salud, se previó coordinar con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC lo relacionado con la seguridad de los Internos.

A fin de garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud de manera integral, el CA/1172-09 estipula que la atención se presta bajo un modelo de prestación de servicios de salud con personal 24 horas en aquellos centros con más de 2.000 internos; en otros con menos de 500 internos, la atención se realiza mediante la contratación de un auxiliar de enfermería, un médico y un odontólogo por 2 o 4 horas, lo cual corresponde al 58% de los establecimientos donde se

concentra el 90% de la población. El resto de los establecimientos que cuenta con población menor de 500 internos, recibe atención mediante jornadas de salud y/o a través de la red de CAPRECOM.

Según CAPRECOM, el CA/1172-09, estableció un periodo de transición para la implementación del aseguramiento de la población reclusa, durante el cual se reconocería por los primeros noventa días una población base de 55.000 internos y un valor a pagar con base en la UPC-s [63], diferencial para los subsidios plenos en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla y sus conurbados. Durante este período debería depurarse la base de datos de la población reclusa del INPEC y a partir del cuarto mes el INPEC pagaría sobre el número de internos que resultase a cargo del mismo, según dicha base de datos y la normatividad vigente.

No obstante lo anterior, en el cuadro 5 puede observarse la relación entre la población contratada frente a la población realmente asegurada que fue afectando la situación de liquidez de CAPRECOM. [64].

**Cuadro 5. Población Reclusa Contratada y Población Asegurada por período. Contrato CAPRECOM – INPEC, 2009 – 2010.**

Año	Mes	Días cubiertos	Población contratada	UPC diaria	Costo servicio P: C.	Población realmente asegurada	UPC diaria	Costo servicio P: R.	Perdida en cobro de servicio
2009	Julio	4	55.000	799	43.962.600	68.165	799	54.485.648	-10.523.048
2009	Agosto	31	55.000	799	43.962.600	68.864	799	55.044.372	-11.081.772
2009	Septiembre	30	55.000	799	43.962.600	69.285	799	55.380.886	-11.418.286
2009	Octubre	31	55.000	821	45.158.300	69.709	821	57.235.272	-12.076.972
2009	Noviembre	30	55.000	821	45.158.300	70.335	821	57.749.255	-12.590.955
2009	Diciembre	31	55.000	821	45.158.300	71.713	821	58.880.676	-13.722.376
2010	Enero	31	55.000	865	47.583.800	70.396	865	60.903.803	-13.320.003
2010	Febrero	28	55.000	865	47.583.800	70.740	865	61.201.418	-13.617.618
2010	Marzo	31	55.000	865	47.583.800	72.052	865	62.336.508	-14.752.708
2010	Abril	30	55.000	865	47.583.800	73.055	865	63.204.264	-15.620.464
2010	Mayo	31	55.000	865	47.583.800	73.034	865	63.186.095	-15.602.295
2010	Junio	30	55.000	865	47.583.800	74.093	865	64.102.300	-16.518.500
Total		338			552.865.500			713.710.498	-160.844.998

Fuente: COMPES 3704 (2011)

Como se observa en el cuadro 5, existe una diferencia entre la población asegurada y la población contratada, diferencia que implica que CAPRECOM ha dejado de percibir ingresos por este concepto, lo que incide en la viabilidad de su operación y el flujo de caja del proyecto. De esta manera, la entidad reporta, con corte a Junio de 2010, pérdidas del orden de \$160.844 millones durante el año. Dicha situación llevó a revisar y ajustar el contrato de acuerdo con la población, tarifas y factores que generaron dicha pérdida.

La crisis financiera anterior se pudo solucionar mediante la aprobación de un empréstito con la banca comercial por valor de \$120 mil millones de pesos, tipo Bullet, (es decir, el pago a capital se hará en el último día de la duración del crédito). Los recursos para realizar el pago a capital provendrían de un crédito que otorgará la Nación y que se incluiría en el Presupuesto General de la Nación para el año 2012 tal como se evidencia en el oficio 17793 del 24 de junio de 2011 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Estos recursos se destinarán al pago de obligaciones a favor de proveedores y prestadores de bienes y servicios de salud [65].

Para establecer correctivos a la prestación de servicios, CAPRECOM y el INPEC desarrollan el Manual Técnico para la prestación de servicios de salud [66], el cual define el modelo de prestación de servicios, los componentes del aseguramiento, la cobertura de servicios POS-s para la población interna del INPEC, según niveles de complejidad y todos los temas relevantes que garantizan una atención en salud con altos niveles de calidad [66]. Sin embargo a pesar de que están todos los aspectos definidos en el papel, (ver anexo 1) la implementación ha tenido problemas que han generado la situación crítica en la atención de salud de la población carcelaria que es conocida por toda la opinión pública.

La crisis en salud a pesar de los correctivos propuestos ha ido creciendo, de tal manera que en junio de 2011, los problemas financieros de CAPRECOM originaron la suspensión del servicio de salud en la mayoría de las cárceles del país. Lo cual determinó la intervención del ministro del interior de ese entonces, Germán Vargas Lleras, quien anuncio en su momento [67] que:

*“Si CAPRECOM no mejora los servicios de atención en salud a la población carcelaria, buscará licitar la atención con otros operadores, pues el INPEC no es fuente de financiación de dicha EPS”. Sostuvo que en toda la población carcelaria es constante la queja del pésimo servicio de salud por*

*parte de CAPRECOM, entidad con la cual el INPEC está obligado a contratar porque así se dispone en el decreto 1141 de 2009. Sostuvo que esa entidad pasa por un mal momento, tiene deudas por 300 mil millones de pesos y hace meses en que no le paga a los empleados. Agregó que el servicio debe mejorar o cambiarse, pues el INPEC no puede ser una fuente de financiación ni un factor de ajuste fiscal para CAPRECOM”.*

A su vez como respuesta a la ola de críticas originadas por el mal servicio de CAPRECOM, su director presentó los siguientes descargos: [68]:

*“CAPRECOM sí garantiza la atención en salud para los reclusos en Colombia. Como entidades del Estado, CAPRECOM y el INPEC deben estar prestas a resolver cualquier tipo de inquietudes que llegaran a presentarse de manera oportuna y diligente. Sin embargo, ante las últimas informaciones, es necesario hacer claridad sobre algunos aspectos del contrato para la prestación de servicios de salud a la población carcelaria.”*

*En el marco del contrato entre CAPRECOM y el INPEC, la entidad presta el servicio de salud internamente en 141 establecimientos penitenciarios. Para llevar a cabo esta labor, se tienen contratados a 822 profesionales de la salud para garantizar esta prestación en salud en la baja complejidad.*

*Adicionalmente, CAPRECOM EPS cuenta con una red extramural de servicios que permite la atención de mediana y alta complejidad para la población reclusa en los 141 establecimientos carcelarios a cargo del INPEC. Se demuestra que así, que la población está asegurada en los tres niveles de atención.*

*En lo relacionado con pagos, a la fecha el INPEC desafortunadamente adeuda a CAPRECOM la suma de \$ 1.432.431.942 por concepto del contrato de prestación de servicios de salud intramural. El giro correspondiente a los meses de febrero y marzo que se debió realizar de manera anticipada por concepto de aseguramiento de la población reclusa, se realizó el 16 de mayo de 2011, es decir, 46 días después de la última*

*fecha de prestación de los servicios de salud. Durante este período, CAPRECOM comprometida con la atención de los internos, asumió la prestación con recursos propios.*

*Respecto al número de tutelas interpuestas por usuarios a CAPRECOM por la prestación de servicios en salud, obedecen en su mayoría a servicios No POS. Durante el primer trimestre de 2011 se registraron 213 tutelas, de las cuales 174 corresponden a servicios que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y que por consiguiente no corresponden a CAPRECOM, sino al INPEC que los debe garantizar a través de una póliza contratada por ellos”.*

Como respuesta a los descargos presentados por CAPRECOM sobre la grave situación de salud, el director del INPEC manifestó [69].

*“CAPRECOM tiene 319 contratos vencidos con prestadores de servicio de salud, lo cual ha afectado el servicio. El INPEC le paga a la EPS CAPRECOM 1.400 millones de pesos para atender a los presos del país, y además el Fosyga le reembolsa mensualmente otros 1.700 millones. Pese a eso, el INPEC ha recibido 500 tutelas por mal servicio de salud, y los internos se quejan por demoras en la entrega de medicamentos y de asignación de citas. Además, hay retrasos en el pago de los salarios de los funcionarios de esa entidad asignados a las cárceles.*

*Otra de las falencias que influyó en la labor que CAPRECOM realiza en las cárceles, como la EPS prestadora de salud para el sistema carcelario, fue el atraso en los pagos al personal médico y la no contratación de al menos 150 profesionales, de acuerdo con el informe oficial.*

*La EPS se colgó en sus pagos y además le embargaron las cuentas por 35 mil millones de pesos. La red cerró y ahí comenzaron los dolores de cabeza con el INPEC. Ante esto, la EPS reconoció que efectivamente como no había plata no se le pagó a las cooperativas y estas a su vez no pagaban*

*a los profesionales. Los no pagos también incluyeron a los proveedores, por lo que los internos no tenían acceso oportuno a medicamentos”.*

Ante la situación de crecimiento del problema de hacinamiento carcelario y mala atención de salud en las cárceles colombianas, y producto del cuestionamiento por la falta de gestión del gobierno promovido por los medios de comunicación, La Contraloría General en agosto de 2012 abrió investigación a CAPRECOM por el incumplimiento del contrato con INPEC por 45 mil millones, donde debía garantizar la prestación servicios de salud los reclusos.

Según la contralora Sandra Morelli “El INPEC pagó 45 mil millones, sin que haya servicio y en la mayoría de los casos hay subcontratación a pesar de que hay un decreto que obliga contratar con CAPRECOM y resulta que la EPS sí puede subcontratar y se incumple con el servicio”. Para la Contraloría esta fue la principal falla en la prestación de los servicios de salud de las cárceles, porque la crisis de la salud en las cárceles es “supremamente grave”. La titular del ente fiscalizador también reveló que se está investigando los incumplimientos de los compromisos de pago de las EPS CAPRECOM a los hospitales [70].

Por su parte en medio de la crisis carcelaria que vive el país, la Relatoría de Prisiones de la Universidad de los Andes le presentó al Gobierno un estudio sobre la situación carcelaria y la modificación a los regímenes carcelarios que van desde el más restrictivo hasta uno en el que los presos podrían pasar el fin de semana en sus casas [71].

Entre los aspectos sobre el diagnostico del sistema actual, el estudio identifica los siguientes puntos:

Es importante resaltar que los inconvenientes financieros evidenciados en los últimos años se asocian a situaciones como el elevado incremento en la demanda

de prestaciones por servicios NO POS y un deterioro en el flujo de recursos, que inciden en la operación de CAPRECOM y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS del país.

Cabe resaltar que dicha problemática se trató de manejar adoptando medidas amparadas en la declaración del Estado de Emergencia Social (Decreto 4975 de 2009), en donde se buscaba la racionalización de la demanda por prestaciones NO POS, liberación de recursos para permitir reducción de deudas acumuladas mejorar el flujo de recursos en el sistema, entre otros, lo cual sin embargo fue declarado inexecutable e impidió controlar los problemas enumerados.

Dada la compleja situación de CAPRECOM, algunos de los proveedores afectados han acudido al cobro jurídico de cartera que tienen con CAPRECOM, lo cual, según la entidad, ha generado un incremento de los embargos, que a mayo 31 de 2011, suman \$ 102.059 millones (Régimen Subsidiado).

Otro tema estructural es la falta de flujo de caja desde los municipios a los cuales CAPRECOM les presta el servicio de salud bajo el esquema de funcionamiento del Régimen Subsidiado previo a la reglamentación de la ley 1438 de 2011. Según la entidad, la cartera de la compañía que corresponde a las Entidades Territoriales, asciende al 31 de marzo de 2011 a \$ 245.955 millones. De este total, \$ 160.818 millones corresponden a la vigencia 2011 y el saldo, \$ 85.137 millones, a vigencias pasadas, dentro de las cuales existen contratos sin liquidar que ascienden a la suma de \$ 24.983 millones. Esta situación de cartera afecta el flujo de caja de la empresa y no permite atender obligaciones que se tienen con proveedores.

Como consecuencia de las pérdidas generadas por los negocios que CAPRECOM ha tenido que asumir, la falta de flujo de caja y los embargos que está enfrentando la compañía, la empresa requiere urgentemente recursos para

cumplir adecuadamente con sus obligaciones y permitir su operación de manera normal, El estudio considera que el problema de salud penitenciaria no es rentable para las EPS privadas y por lo tanto la opción del gobierno es seguir contratando con CAPRECOM bajo condiciones de saneamiento financiero o volver a prestar los servicios de salud con los hospitales locales, lo cual generaría un riesgo teniendo en cuenta la insolvencia económica que presenta la gran mayoría de ellos.

A su vez, la ministra de Justicia, aseguró que dentro del plan de descongestión de cárceles sólo accederán quienes hayan cumplido dos terceras partes de la condena. Luego de una reunión con el INPEC, manifestó que se tramitarán 20 mil peticiones a los jueces de ejecución de penas, lo que no quiere decir que se vayan a aprobar todas. La idea es que a estas personas se les dé el beneficio de casa por cárcel, para descongestionar el hacinamiento de prisiones que llega al 41 por ciento en el país. Así mismo, ante la falta de jueces de ejecución de penas, el Ministerio envió una petición para asignar más funcionarios ante el Consejo Superior de la Judicatura para este fin [72].

Para completar la situación, el gobierno nacional acaba de presentar al Congreso el proyecto de presupuesto del INPEC para la vigencia 2013 que estudian las comisiones económicas del Senado y la Cámara donde se prevé reducir en 25% los recursos para el sistema penitenciario. Esta partida ha sido criticada por los legisladores ya que en medio de la actual crisis carcelaria el Gobierno reduciría casi 400 mil millones los recursos del INPEC [73].

## **CAPITULO IV ESTUDIO DE CASO:**

### **ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA**

#### **SEGURIDAD Y CARCELARIO DE ACACIAS**

La Penitenciaría Nacional de Acacias fue creada mediante Resolución No.01286 del 4 de mayo de 2001, como un establecimiento penitenciario de mediana seguridad. Actualmente denominado Establecimiento Penitenciario De Mediana Seguridad Y Carcelario De Acacias. Inició su construcción en 2000 en terrenos de la colonia agrícola de oriente a cinco kilómetros del perímetro urbano del municipio de Acacias, departamento del Meta y fue inaugurada en agosto de 2001. (Ver anexo 2 Foto aérea y fachada cárcel de Acacias).

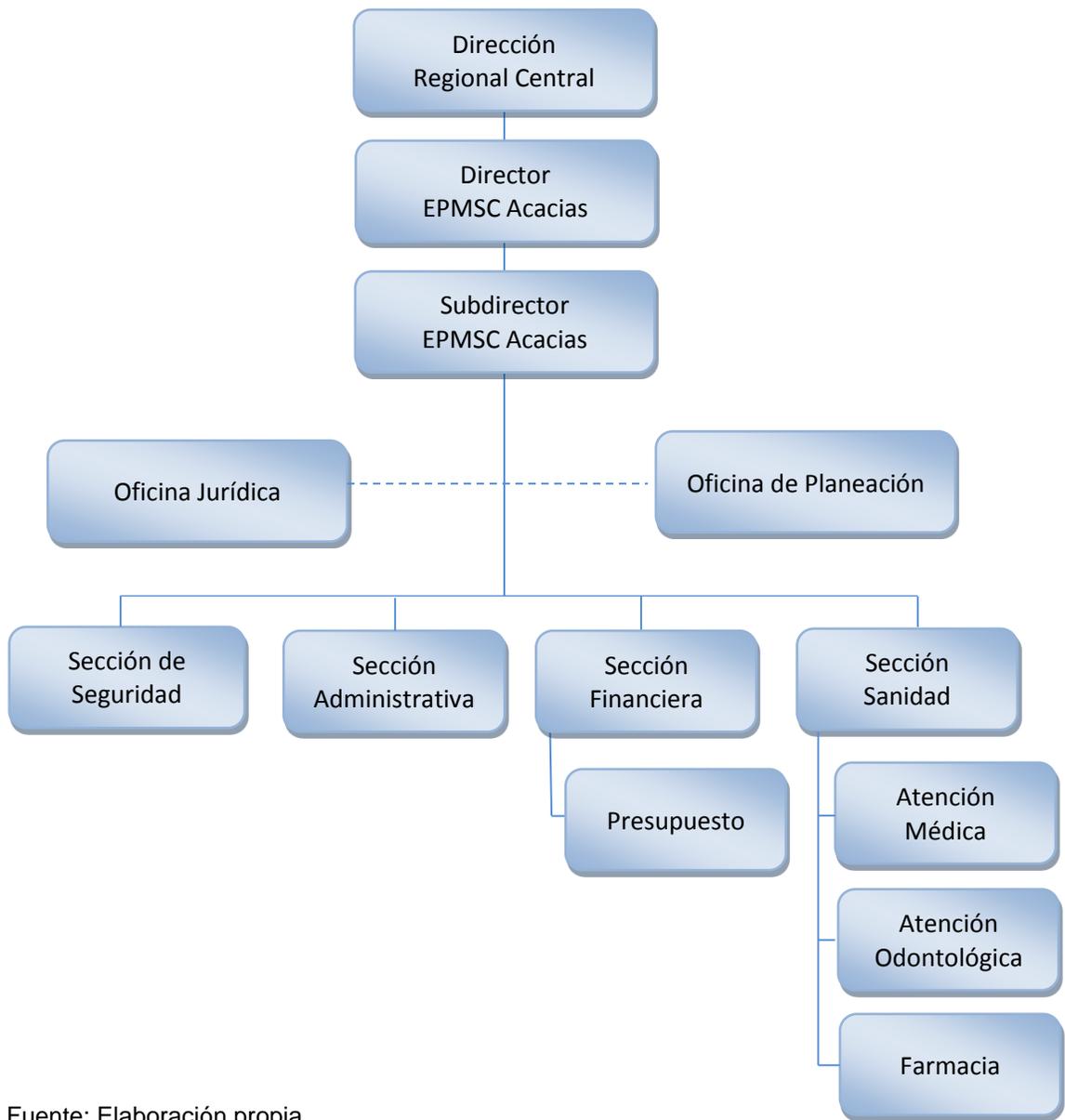
El establecimiento está construido sobre un lote de terreno de 24.000 m<sup>2</sup> con un costo aproximado de 28.200 millones de pesos y se entregó inicialmente con 9 pabellones donde se encuentran 738 celdas bipersonales con capacidad para 1.476 internos, un pabellón con 16 celdas bipersonales para rancheros y 92 cupos para tratamiento especial. El cupo total inicial fue de 1.600 presos, y empezó su funcionamiento a partir de octubre de 2001.

En 2009 se amplió la institución creándose el ala C, con capacidad para 6 pabellones y 800 internos, presentando en la actualidad un cupo total para 2.400 presos. A fecha octubre de 2012 la cárcel presenta una población de 2.327 internos, repartidos así: alas A y B 1.541y ala C 788.

La EPMSC de Acacias está clasificada como de mediana seguridad y para el manejo de la institución se cuenta con 312 funcionarios, distribuidos de la siguiente forma: 276 guardianes, 36 administrativos.

La organización básica de la institución carcelaria se presenta en la figura 1.

**Figura 1. Organigrama del EPMSC de Acacias**



Fuente: Elaboración propia

La información básica de la institución se presenta en la tabla 6

**Tabla 6. Información Básica del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Acacias (EPMSC).**

Razón Social	Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Acacias
Director	CR® Carlos Alberto Murillo Martínez
Dirección	Kilometro 3 Vía Acacias Villavicencio
Teléfono	(57 + 8) 6563548 Oficina Jurídica / 6563549 Cuarto de Control
Fecha de constitución	4 de mayo de 2001
Documento de Constitución	resolución No.01286 del 4 de mayo de 2001
Pagina Web	<a href="mailto:epcacacias@INPEC.gov.co">epcacacias@INPEC.gov.co</a>

## **1. DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO EPMSC DE ACACIAS**

### **1.1. Análisis de Misión, Visión y DOFA**

Misión: Contribuimos al desarrollo y resignificación de las potencialidades de las personas privadas de la libertad, a través de los servicios de tratamiento penitenciario, atención básica y seguridad, fundamentados en el respeto de los derechos humanos. El análisis de la Misión se presenta en la tabla 7

Visión. El Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Acacias será reconocido por su contribución a la justicia, mediante la prestación de los servicios de seguridad penitenciaria y carcelaria, atención básica, resocialización y rehabilitación de la población reclusa, soportado en una gestión efectiva, innovadora y transparente e integrado por un talento humano competente

y comprometido con el país y la sociedad. El análisis de la visión se muestra en la tabla 8

Principios:

- Respeto, fundamento de las relaciones interpersonales
- Justicia, garante de la inviolabilidad de los derechos
- Ética pública, soporte de las actuaciones de los servidores del INPEC

Valores Institucionales:

- Dignidad humana
- Lealtad
- Transparencia
- Compromiso institucional
- Solidaridad

**Tabla 7. Análisis de la Misión**

Aspectos a medir	Evaluación
Cliente	La sociedad mediante la contribución de la reinserción positiva del interno.
Productos y servicios que se ofrecen	Los productos que ofrece la institución son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reinserción positiva del interno a la sociedad.</li> <li>• Efectividad en la administración de la pena.</li> <li>• Seguridad e integridad de la población reclusa.</li> <li>• Prestación de los servicios de atención básica y rehabilitación de la población reclusa en el marco de los Derechos Humanos.</li> <li>• Efectividad en la respuesta a los requerimientos de los internos y su familia.</li> <li>• Fortalecimiento del liderazgo institucional en la efectiva administración del Sistema Penitenciario.:</li> </ul>
Mercado	A nivel nacional, regional, departamental y local.
Tecnología:	No se explicita en la misión
Interés por la supervivencia:	No se explicita en la misión
Filosofía	Actividades basadas en el respeto a los derechos humanos

Aspectos a medir	Evaluación
Concepto propio	Los servicios de tratamiento penitenciario
Imagen pública	Organismo de protección a riesgos de seguridad que afectan a la sociedad
Interés por los empleados:	No se explicita en la misión

Fuente: Elaboración propia

El análisis de la misión permite deducir que es una institución que busca generar procesos sociales que determinan una mejor perspectiva del ser humano, mediante métodos de reinserción durante el tiempo de pago de la condena por parte del interno. Sin embargo se observa que los productos que ofrece no tienen un cumplimiento efectivo, sino que se reducen a ser un marco teórico ideal de la gestión que debería realizar una institución penitenciaria.

**Tabla 8. Análisis de la Visión**

Aspectos a evaluar	Cumplimiento	
	SI	NO
Planteada a largo plazo: mayor a cinco años		X
Desafiante: retadora	X	
Realista: enmarcada en las posibilidades reales	X	
Alcanzable: que se pueda alcanzar	X	
Medible: que se pueda cuantificar para evaluar su alcance		X
Integradora: debe integrar a todos los miembros de la organización		X

Fuente: Elaboración propia

Aun cuando los elementos que componen la visión tienen un contenido social, los componentes de dicha visión no se cumplen en programa de tiempo ni se observa una relación directa entre el contenido de la visión y el desarrollo de la gestión que realiza la institución, lo cual se refleja en la problemática institucional.

## Análisis DOFA

Los componentes del Análisis DOFA se presentan así: para el análisis externo en la tabla 9 y el análisis interno en la tabla 10.

**Tabla 9 Análisis Externo**

Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"><li>• La sociedad estimula la actividad carcelaria para protegerse del crimen y actos delincuenciales</li><li>• Voluntad política del actual gobierno nacional, para un cambio positivo del sistema penitenciario</li><li>• Ofrecimientos internacionales para apoyar al sistema</li><li>• Universidades pueden estar interesadas en llegar al mercado de los PPL.</li><li>• Ofrecimientos de ONGs en apoyar la rehabilitación social.</li><li>• Interés de la empresa privada para apoyar a los PPL, por ser mano de obra barata</li><li>• Interés de la empresa privada de apoyar al sistema penitenciario para fortalecer sus programas de marketing social.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La gestión depende en gran medida de relaciones que se tienen con terceros para lograr objetivos institucionales</li><li>• Políticas gubernamentales dirigidas a disminuir recursos financieros</li><li>• Medios de comunicación críticos y a veces hostiles por mala gestión penitenciaria.</li><li>• Deficiente asesoramiento en lo que concierne a nuevas construcciones</li><li>• Falta de equidad en la aplicación de los Derechos Humanos</li><li>• Nombramiento de Directores sin conocimientos en administración de empresas</li><li>• Falta de interés de la empresa privada para llevar a cabo procesos de tercerización de salud</li></ul>

Fuente: Elaboración propia

Se observa que existen oportunidades que no son aprovechadas por la institución debido al celo con que se maneja el tema de la seguridad,

considerando que se pueden definir protocolos y procedimientos que permitan procesos de colaboración de instituciones nacionales e internacionales que permitan mejorar las condiciones carcelarias.

**Tabla 10 Análisis Interno**

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de logística penitenciaria</li> <li>• Existe personal académicamente preparado</li> <li>• Se registra un bajo índice de fugas</li> <li>• Amplia experiencia en el manejo de PPL.</li> <li>• Deseo de superación y búsqueda de cambio del recurso humano de Penitenciaria de Acacias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentitud para posicionar la institución y los servicios</li> <li>• No se cuenta con todos los recursos administrativos y logísticos</li> <li>• El recurso financiero es inadecuado para adelantar contrataciones eficientes</li> <li>• No se cuenta con experiencia como empresa</li> <li>• Mala imagen del sistema penitenciario ante la comunidad por corrupción</li> <li>• Déficit de herramientas de trabajo</li> <li>• Existencia de un gran tráfico de influencias</li> <li>• No existen cursos de perfeccionamiento ni de capacitación al cuerpo de seguridad (</li> <li>• Existe una gran cultura del rumor</li> <li>• Bajo sueldo del personal involucrado en rehabilitación Social</li> <li>• No hay garantías de la seguridad física del personal</li> <li>• Mala atención en los programas de atención de salud, capacitación y reinserción social de los internos.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

En referencia al análisis interno, se observa que existe un alto nivel de la logística carcelaria por parte de los directivos producto de que son personal vinculado a las fuerzas militares y policía nacional. Sin embargo, se observa una falta en la gestión administrativa que permita el manejo de recursos en forma más eficiente y la decisión ejecutiva que permita llevar a cabo los cambios que la institución requiere.

Antes de hacer la aplicación de la Matriz de Evaluación de los Factores Internos y externos se aplica en la institución una encuesta con el fin de determinar la percepción de los problemas del servicio de salud en la Penitenciaría de Acacias

## **1.2. Análisis de Percepción de Directivos e Internos sobre los Servicios de Salud en EPMSC de Acacias.**

La encuesta tuvo como objetivo conocer la percepción que sobre servicios de salud tienen los Directivos e internos del EPMSC de Acacias e identificar cuáles son las problemáticas que se presentan al interior del área de salud lo cual permitirá orientar un plan de mejoramiento institucional en la prestación de servicios de salud.

La metodología para la elaboración y aplicación de la encuesta presenta los siguientes aspectos:

### **1.2.1. Población**

La población se estableció sobre dos grupos focales. El primero constituido por el personal directivo de la institución que tiene relación directa con los procesos de gestión, planeación, ejecución y control de las actividades de salud. Por lo tanto las personas seleccionadas fueron Director, Subdirector, jefe de Planeación. Jefe de Financiera, Jefe de Presupuesto jefe del área de Sanidad.

El segundo grupo estuvo compuesto por dos representantes de cada pabellón, para un total de 32 internos. Estos asistieron de forma voluntaria a las entrevistas, por medio de una convocatoria interna gestionada por el área de trabajo social y psicología del penal.

### **1.2.2. Instrumentos**

Se establecieron 2 grupos focales, mediante entrevistas y observaciones, que fueron registradas en un diario de campo y que son incluidas a lo largo de toda la extensión del trabajo. Los instrumentos estuvieron condicionados a las restricciones de las autoridades del Penal, acerca del ingreso de artículos electrónicos, tales como grabadoras digitales o celulares.

Para el Grupo de directivos se estableció una encuesta semiestructurada basada en la percepción del cumplimiento de la implementación del contrato 1172 de 2009 entre el INPEC y CAPRECOM, dentro del criterio de aseguramiento en salud de los internos de su institución (ver anexo 3 Encuesta a directivos).

Para el grupo de internos la encuesta abarco los siguientes variables:

- a) información personal: edad, estudios realizados, lugar de origen, lugar de detención (patio), recibimiento de visitas, relación con compañeros,
- b) Información sobre percepción de la atención de la salud en la prisión, facilidad en el acceso del servicio, condiciones de higiene locativa y enfermedades que mas los afectan (anexo 4 Encuesta a internos).

### 1.2.3. Ficha técnica de la encuesta

La ficha técnica de la encuesta se presenta en la tabla 11

**Tabla 11 Ficha Técnica de la Encuesta**

Nombre de la encuesta	Encuesta a Directivos	Encuesta a internos
Nombre del encuestador	Dania Rojas G.	Dania Rojas G.
Tipo de muestreo	Muestra por conveniencia	Muestra por conveniencia
Proceso de selección de los encuestados	Personal Directivo	Internos
Universo	10 Directivos	2.327 internos
Tamaño de la encuesta	6 encuestados	32 encuestados (2 representantes de cada pabellón)
Nivel de representatividad	60%	1.4%
Nivel de confianza	95%	95.0%
Fecha que se realizó la encuesta	30 Agosto 2012	30 Agosto 2012
Lugar donde se realizó la encuesta	EPMSC de Acacias. Meta	EPMSC de Acacias. Meta
Metodología empleada	Entrevista	Entrevista

Fuente. Encuesta realizada en la Prisión de Acacias (2012)

### 1.2.4. Análisis de los resultados de la Encuesta a Personal Directivo

El análisis de los resultados está conformado por las respuestas que emitió el personal directivo (ver anexo 5), y al mismo tiempo se hace una comparación que

sobre cada respuesta presenta la Defensoría del Pueblo basada en los estudios llevados a cabo en varias cárceles del país sobre el cumplimiento del Contrato 1172 de 2009 [74] y el Plan de descargos presentado por CAPRECOM en sesión del Congreso [75].

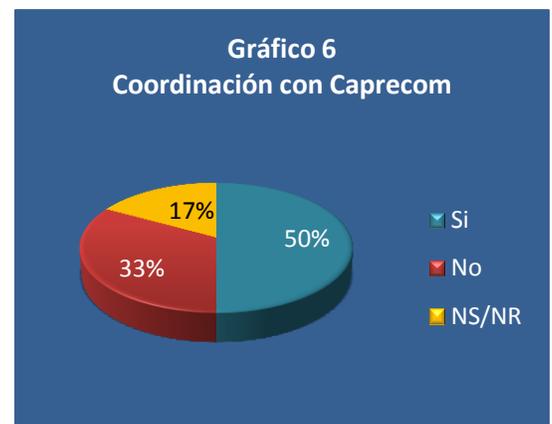
1. ¿Cree Ud. que CAPRECOM garantiza la prestación de los servicios de salud en el establecimiento de reclusión que Ud. Dirige?

El total del personal directivo tiene la percepción que CAPRECOM no garantiza la prestación de los servicios de salud en su establecimiento, (gráfico 5) lo cual ha determinado que actualmente se preste el servicio de salud o a través del hospital local de Acacias y se espera la decisión del INPEC a nivel central con el fin de definir la continuidad del contrato con CAPRECOM.



2. ¿Sabe usted si la administración del establecimiento, en representación del INPEC, ha coordinado con CAPRECOM las condiciones de seguridad requeridas por la población reclusa para la prestación de los servicios de salud?

La mayoría de los directivos como lo muestra el gráfico 6, responden positivamente pues esta pregunta cuestiona su propio desempeño: Sin embargo el resultado confirma la percepción de los estudios elaborados por funcionarios de la Defensoría del Pueblo,



donde se especifica que sí hay una coordinación mayoritaria de los establecimientos penitenciarios y/o carcelarios con CAPRECOM tratándose del tema de seguridad.

CAPRECOM expresa que no hay personal de guardia en áreas asistenciales que puedan trasladar internos, entre otras labores y que incluso han tenido quejas de agresiones contra el personal de salud y amenazas. También, que el INPEC no ha enviado protocolos de seguridad a CAPRECOM donde se enseñe aspectos propios de las normas de seguridad al interior de los establecimientos. El personal de salud ha tenido que aprender de lo cotidiano porque no ha sido formado para trabajar en estas condiciones.

3. ¿La administración del establecimiento carcelario está haciendo un seguimiento o auditoría al cumplimiento del contrato firmado entre el INPEC y CAPRECOM?

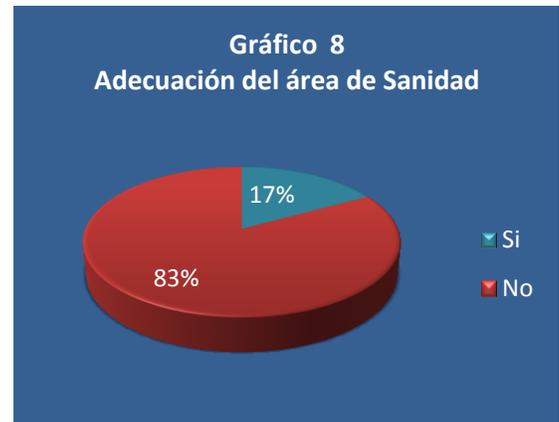
El personal directivo en su mayoría contestó que se le ha hecho un seguimiento al cumplimiento del contrato con CAPRECOM (gráfico 7). Sin embargo no se ha efectuado una interventora o auditoría que determine realmente el incumplimiento en los servicios. La mayoría de las veces este proceso se tramita por medio de memorandos dirigidos por la Dirección o la Subdirección al jefe del área de Sanidad como acción correctiva a irregularidades en la prestación del servicio ante tutelas de los internos. Igualmente manifestaron que el personal directivo no tiene elementos suficientes para ejercer una auditoría en salud adecuada y que es necesaria una formación en este aspecto.



4. ¿El área de sanidad del establecimiento está habilitado por el sistema obligatorio de garantía de calidad?

El 83% del personal directivo dice que no están habilitados “completamente” (gráfico 8), los espacios de sanidad para prestar los servicios de salud. Esta cifra es bastante alta y la confirma lo dicho por los estudios realizados por la Defensoría.

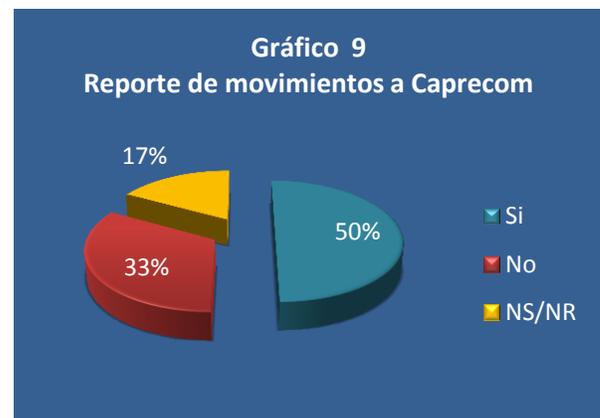
La Resolución 366 del 20 de Enero de 2010 del Ministerio de la Protección Social define condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las Áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC. El artículo 1º dice textualmente: “*Condiciones de Habilitación. Las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC deberán cumplir con las condiciones de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, teniendo en cuenta además, las siguientes especificaciones técnicas:*”) Igualmente existe una condición de transitoriedad dispuesta en el artículo 4 de la misma resolución que dice: “*Transitoriedad. Las secretarías Departamentales y Distritales de Salud solo podrán verificar las condiciones de habilitación al año siguiente de que la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado de naturaleza pública del Orden Nacional, haya efectuado la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC*”. [76] Esta situación ha contribuido en la mora de la habilitación de la sección de sanidad de los establecimientos carcelarios.



CAPRECOM refiere que los entes territoriales de salud no han colaborado mucho y que les toca ir directamente al Ministerio de la Protección Social para que ordene la gestión a las secretarías de salud. Dicen que las infraestructuras de muchas áreas de sanidad son completamente inviables para ser habilitadas y certificadas.

5. ¿La dirección reporta a CAPRECOM las altas y bajas de internos diariamente?

A pesar de lo pactado en la cláusula segunda (obligaciones del INPEC) del contrato 1172 de 2009 entre el INPEC y CAPRECOM, referente a la obligatoriedad de reportar las altas y bajas a esa EPS que se presenten relacionadas con la población objeto del contrato, dentro de las 24 horas siguientes a la presentación de la misma, de conformidad con la metodología establecida por el INPEC, el 50% del personal directivo dice que no se hace, (gráfico 9). La respuesta anterior confirma el porcentaje (44%) determinado en los estudios de la de la Defensoría.

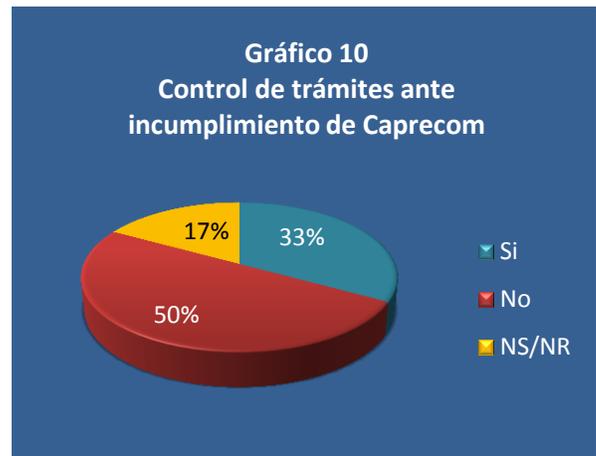


Por problemas de tipo administrativo, la jefatura de sanidad manifestó que las altas y bajas de internos se hace cada 3 días y que esto sucede porque la información de cada establecimiento tiene que ir a nivel central de CAPRECOM lo que demora la información. Si un interno recién llegado no está registrado en este censo, no tiene oportunidad para recibir los servicios y genera tutelas.

CAPRECOM manifiesta que las altas y bajas de internos se hace cada 3 días y que esto sucede porque la información de cada establecimiento tiene que ir a nivel central de CAPRECOM lo que demora la información.

6. ¿Sabe Ud. qué trámite seguir cuando CAPRECOM incumple total o parcialmente las obligaciones pactadas con el INPEC?

Como se muestra en el gráfico 10, Solamente el 33% de los directivos del establecimiento carcelario afirman saber qué trámite seguir en caso de incumplimiento por parte de CAPRECOM. Igualmente el Director de centro Penitenciario de Acacias afirmó que El INPEC. para cumplir con lo preceptuado en el decreto 1141/09, artículo 4° “*contratación del aseguramiento*” requiere personal competente y calificado para desarrollar las actividades de seguimiento y control a través de la interventoría interna o externa al contrato con CAPRECOM para garantizar su debida y oportuna ejecución y cumplir con las obligaciones impuestas en la Ley 1122/07 sobre responsabilidad en materia de aseguramiento de la Población Reclusa y responsabilidad en materia de salud pública. Para ello se requiere un documento o manual de auditoría elaborado en coordinación con CAPRECOM para evaluar la calificación de los servicios. Actualmente se presentan informes de forma subjetiva.



7. ¿Existe un plan especial para el oportuno acceso y traslado interno y externo de los reclusos para que sean atendidos por CAPRECOM, de acuerdo con los manuales y protocolos de seguridad que exige el INPEC?

El 50% del personal directivo, expone que sí hay una logística para el oportuno acceso y traslado de internos para que sean atendidos por CAPRECOM (gráfico 11). Sin embargo en un análisis de las quejas presentadas por los internos del penal llevado a cabo por la Defensoría se notó que la



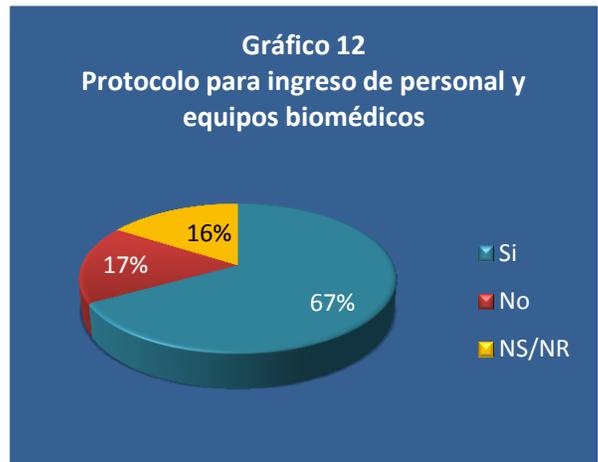
queja de falta de logística es común en la cual se manifiesta que *“no existe una provisión suficiente ni continua de medicamentos e insumos del POS, lo cual causa serios inconveniente en la atención principalmente a grupos de riesgo tales como la población psiquiátrica, pacientes VIH Positivos y otras prioridades clínicas generando descompensación de pacientes por falta de los medicamentos”* También dice el análisis mencionado: *“Se incrementaron exageradamente las remisiones para especialistas, exámenes de apoyo diagnóstico extramurales, de tal forma de un acumulado de 30 actividades represadas por la Sección de Sanidad del INPEC. Se elevaron a 70 actividades en el transcurso de tres meses, lo cual obligó la intervención de la Dirección Regional para coordinar los respectivos correctivos por parte de la IPS CAPRECOM. La anterior situación generó además un incremento en las solicitudes de los internos mediante derechos de petición y Tutelas ocasionando mayor desgaste administrativo en todas las áreas de la Penitenciaría y CAPRECOM.”* No se tiene ningún plan para solucionar dicha dificultad.

CAPRECOM manifiesta que en la mayoría de establecimientos se busca la celeridad del proceso de asignación de citas y que haya un cronograma pero la guardia que es la responsable de la presencia del interno en el servicio falla muchas veces por diferentes motivos. Esto da lugar a que haya pérdida de

espacios para internos que necesitan la atención y los profesionales de la salud se quedan con “horas muertas”

8. ¿Existe un plan o protocolo para agilizar el ingreso del personal y de los equipos biomédicos y tecnológicos dispuestos por CAPRECOM a las áreas de prestación de servicios de salud del establecimiento de reclusión?

El 67% de los directivos encuestados afirma que hay un protocolo para ingresar personal y equipos biomédicos (gráfico 12), mientras que la Defensoría dice que en un 56% de establecimientos no existe dicho plan.

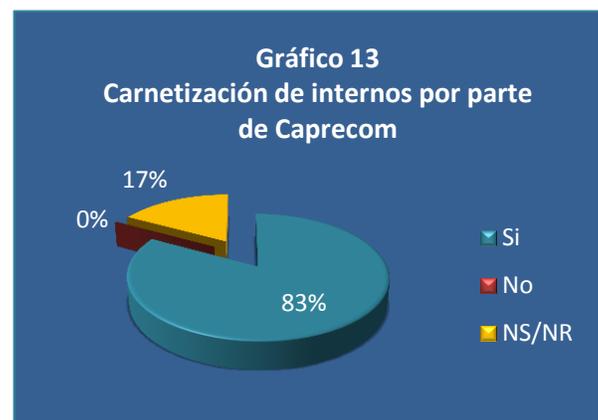


En referencia a este punto CAPRECOM se ha quejado

constantemente debido a que hay dificultad para el ingreso del personal de salud y equipos a las cárceles CAPRECOM dice que no conocen protocolo alguno y que efectivamente un médico se tarda en ingresar hasta el área de sanidad más de media hora.

9. ¿Ya se realizó por parte de CAPRECOM la carnetización de la población reclusa de ese establecimiento?

La obligación 3 de la cláusula tercera del contrato 1172 dice: “realizar el proceso de carnetización de la población objeto del contrato. La prestación de los servicios de salud no está sujeta a la presentación del carnet de afiliación ni



de documento de identidad.” El 83% del personal directivo afirma que ya se ha carnetizado a los internos en su establecimiento como se presenta en el gráfico 13.

Sin embargo el estudio de la Defensoría manifiesta que solamente el 62% de los establecimientos ha cumplido. Y la Dirección General del INPEC ha manifestado que “*aún faltaban a julio de 2012 aproximadamente 22.000 internos para su plena identificación entre otras razones, ya que varios presentaban alias o nombres simultáneos diferentes y otras razones*”.

CAPRECOM expresa que la situación de no identificación está dada por los mismos problemas que tiene el INPEC para identificar plenamente a internos e internas.

10. ¿CAPRECOM está realizando actualmente intervenciones quirúrgicas a la población carcelaria de ese establecimiento?’

El 83% de los directivos dicen que no se hacen intervenciones quirúrgicas a la población carcelaria (gráfico 14) y esto lo confirma la Defensoría. Esta es otra queja frecuente de los internos y la Defensoría dice que hay un gran represamiento de procedimientos quirúrgicos por parte de CAPRECOM.



Claro ejemplo de esta situación la expone el Defensor del Pueblo de Acacias que manifiesta: “El Hospital Departamental de Villavicencio: “*si bien es cierto que este es un hospital de 4 nivel, esta entidad recibe pacientes de 4 departamentos vecinos y toda la población vulnerable de Santander, lo que hace que la asignación de citas se haga únicamente los 4 últimos días de cada mes para el*

mes siguiente, algunas especialidades como Medicina Vasculuar, Dermatología Neurocirugía, Neurología y Gastroenterología presentan mayor dificultad para la asignación de la cita teniendo que esperar hasta 4 a 6 meses; los exámenes especializados como Resonancias Magnéticas, Test de Estímulos Repetitivos, Tomografía, Colonoscopia, Endoscopias de vías digestivas altas entre otros, que son ordenados por especialistas de esta misma entidad no se realizan allí, unas veces porque los equipos están en reparación o el turno de espera es indefinido. Otra situación similar ocurre con la programación de procedimientos quirúrgicos ya que muchos internos son valorados por todas las especialidades y se le realizan los exámenes pre quirúrgicos pero al momento de entregar los documentos al Jefe de Programación de Cirugías del HDV, esta persona no manifiesta fecha exacta aduciendo que no hay cupo o que hace falta la compra de algún medicamento o insumo para los procedimientos requeridos.”

CAPRECOM asegura que hay mucho represamiento. Dicen que hay muchos procedimientos clasificados como NO POS y que la Póliza Aurora también niega el procedimiento por lo que lo tiene que asumir el ente territorial del sitio donde haya sido incluido al régimen subsidiado. En este caso el Hospital Municipal de Acacias.

11. ¿CAPRECOM ya entregó copia de la póliza de reaseguramiento de enfermedades de alto costo de la población reclusa o certificación de la inclusión de esta población dentro de la póliza que tenga vigente?

La póliza de reaseguramiento de enfermedades de alto costo se ha entregado según el 67% del personal directivo (gráfico 15). A nivel nacional la Defensoría del Pueblo confirma esta



situación en un 81%. De las instituciones carcelarias del país.

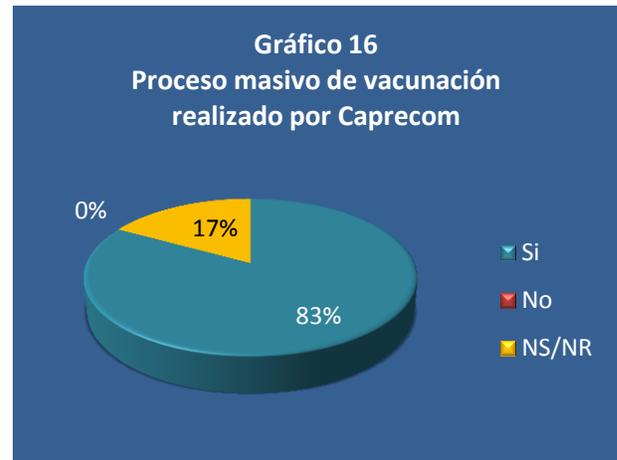
Desde el punto de vista de la Jefe de Sanidad de la prisión de Acacias “la Póliza de reaseguramiento no está cumpliendo con su objetivo porque a pesar de cumplir los requisitos: *“i) fórmula debidamente diligenciada ii) soporte firmado por el médico tratante donde justifique el insumo médico. Iii) cuadro en Excel diligenciado. iv) cuando existe orden judicial, copia del fallo de tutela, la Aseguradora no cumple con lo pactado”*.

La jefe del área de sanidad de la Penitenciaría de Acacias manifestó que presenta varios casos de internos que tienen procedimientos pendientes NO POS ante el Hospital Departamental de Villavicencio, sin embargo se reciben por parte de éste, memorandos en los cuales esta entidad no puede llevarlos a cabo porque “a pesar de que en repetidas ocasiones se ha solicitado la carta de respaldo económico, no hemos obtenido respuesta alguna de la Póliza Aurora, para poder brindarle la atención al interno. El documento ha sido solicitado pero debido a las inconsistencias en el pago de la facturación de Póliza la Aurora han sido regresadas de los meses anteriores.” En cuanto a las citas con especialistas remitidas por médicos generales cuando son eventos NO POS, se solicitan a la Póliza Aurora, para la expedición de los respaldos económicos para lograr tramitar la cita ante la entidad correspondiente, “pero a la fecha tenemos citas que la Póliza Aurora aun no ha autorizado con respaldo económico.”

CAPRECOM dice que la Póliza se entregó a nivel central y que es deber del nivel central del INPEC divulgarla a todos los directores de establecimientos penitenciarios y/o carcelarios.

12 ¿CAPRECOM ya realizó el proceso masivo de vacunación a la población de ese establecimiento carcelario?

En el contrato 1172, CAPRECOM se compromete a actividades de promoción y prevención dentro de las que están prioritariamente prevención de infecciones de transmisión sexual ITS, VIH-SIDA, Tuberculosis, detección temprana de alteraciones del embarazo, vacunación, detección temprana de cáncer de seno, cuello uterino y próstata.



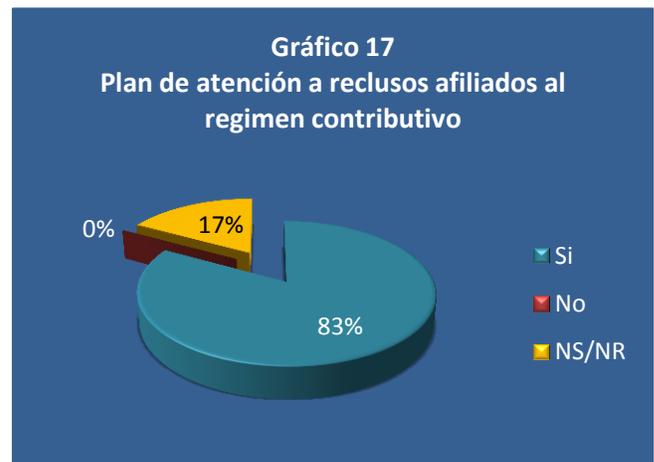
Como lo muestra el gráfico 16, el 83% del personal directivo dice que se ha realizado el proceso de vacunación masiva. Este programa se discutió en su momento con CAPRECOM y las acciones que ha efectuado CAPRECOM se traducen en prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH, Tuberculosis, es importante aclarar que el 100% de la población carcelaria pertenece al sexo masculino. Sin embargo esta actividad que debía realizarse cada 3 meses no se ha desarrollado en el último año, de tal manera que los internos que han ingresado en este periodo de tiempo, no han participado en el programa de vacunación.

13. ¿Existe un plan especial para el oportuno acceso y traslado externo de los reclusos afiliados al régimen contributivo o a regímenes exceptuados de acuerdo con los manuales y protocolos de seguridad que exige el INPEC?

Los directores en un 83% afirman que tienen un plan para la prestación de servicios a los internos del régimen contributivo o de regímenes exceptuados (gráfico 17).

La Defensoría del Pueblo lo afirma en un 70% de los establecimientos. A nivel central la Defensoría del Pueblo conoce el problema de asignación de citas, traslados, etc. convirtiéndose en una situación compleja que necesita ser evaluada y corregida.

CAPRECOM afirma que atiende el primer nivel de complejidad para esta población y que hace el recobro a las respectivas EPS. Igualmente, refiere que son pocas las personas que conforman este grupo y que las patologías más frecuentes son la hipertensión arterial y la diabetes y que el problema está en pedir la autorización a la EPS respectiva según lo dispuesto por el Decreto 4747 y que el personal de CAPRECOM no cuenta con teléfono o fax en los establecimientos para pedir esta aprobación.



14. ¿La entidad que presta el régimen subsidiado a los que se encuentran en prisión y detención domiciliaría o bajo un sistema de vigilancia electrónica, ya suscribió contrato de aseguramiento con la entidad promotora de salud del régimen subsidiado de conformidad con lo estipulado en el artículo 8 del Decreto 1141 de 2009?

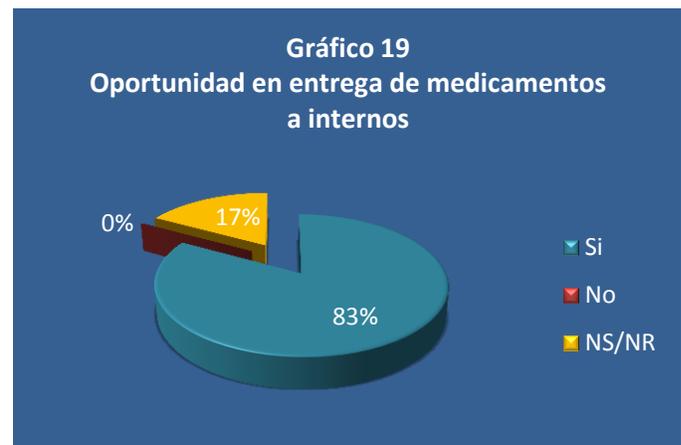
La respuesta de los directivos es que no en el 100%, (gráfico 18), ya que aunque esta actividad quedó determinada en el artículo 8 del Decreto 1141 de 2009, no se incluyó en el contrato de



aseguramiento con CAPRECOM, razón por la cual no se está efectuando. Los resultados afirmativos a esta pregunta pueden estar dados por alguna actividad de los entes territoriales de salud que los están atendiendo o sus respectivas EPS.

15. ¿Se provee a los internos oportunamente con los medicamentos recetados?

El 83% del personal directivo manifestó que el suministro de medicamentos a internos se efectúa dentro de la oportunidad requerida de acuerdo a los protocolos establecidos en el manual técnico de salud del INPEC(gráfico 19).



Para la Defensoría del Pueblo el 66% de los directores de los establecimientos penitenciarios y/o carcelarios afirman que sí se suministran los medicamentos oportunamente y el 32% dice que no se hace. Es decir que un tercera parte de los establecimientos no tiene un acceso oportuno a medicamentos.

CAPRECOM refiere que se han hecho contratos con IPS para que provean de medicamentos, pero por la corta duración del contrato con INPEC y las cortas prórrogas influye en que los dispensarios no despachen medicamentos. Igualmente dicen que algunas IPS de la red de CAPRECOM en lugares apartados cobran exageradamente los medicamentos y servicio y argumentan que no acceden a contratar porque el INPEC no les pagó o no lo hizo oportunamente.

16. ¿Hay oportunidad en la asignación de citas con especialistas?

Los directivos del centro penitenciario de Acacias tienen una percepción general de que la asignación de citas a médicos especialistas es bastante deficiente (gráfico 20). La Defensoría del Pueblo dice que en el 69% de los establecimientos penitenciarios y/o carcelarios del país no hay una oportuna atención especializada.

CAPRECOM dice que las autorizaciones para acceder a médicos especialistas se vencen a los 30 días hábiles y que muchos internos no son llevados por múltiples razones a sus citas y que se pierde esta autorización por lo que necesitan realizar nuevamente la solicitud y el proceso se alarga. Igualmente, la

oferta de médicos especialistas es muy pobre, los costos, cuando acceden, son altos y lleva a un médico especialista a los establecimientos es muy dispendioso porque los médicos se rehúsan a tender a esta población. En sitios como el establecimiento de Acacias, el médico especialista más cercano está en Villavicencio pero el traslado es costoso debido a que requiere de una compleja logística.

Los pacientes con enfermedades psiquiátricas no son atendidos por CAPRECOM pues estas patologías no están cubiertas por el POS-S y deben ser atendidos por la póliza Aurora.

17. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de médico?



La institución penitenciaria de Acacias cuenta con servicio de atención médica., (gráfico 21).

Según el estudio de la Defensoría del Pueblo el 71% de los establecimientos cuenta con médico en sus instalaciones.

Sobre este tema, CAPRECOM ha manifestado que inició la prestación de servicios intramurales en las áreas de sanidad operando a abril 28 de

2010 en 79 establecimientos penitenciarios y/o carcelarios. Sin embargo CAPRECOM manifestó en su momento que existe un sobrecosto administrativo debido a que no es fácil contratar médicos para atención en ambientes carcelarios .y que no se encuentran en condiciones de recibir los 61 establecimientos restantes del contrato global con el INPEC:

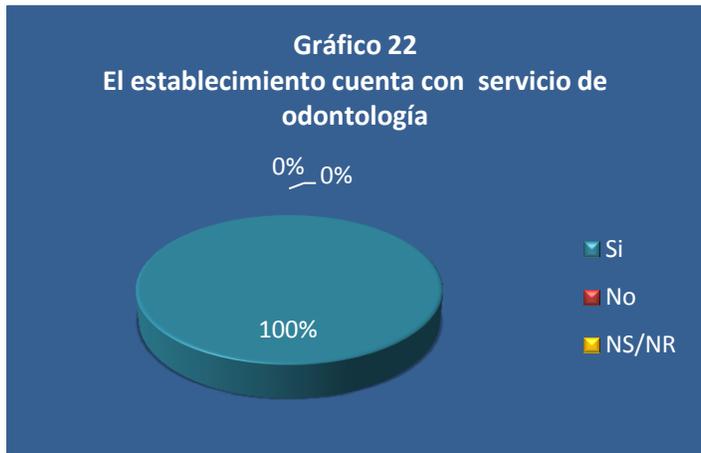
En términos de la atención de la atención médica se presentan problemas derivados de la programación de atención a internos, especialmente cuando se existen problemas de virosis que afectan a la gran mayoría de la población carcelaria.

18. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de odontología?

El establecimiento cuenta con el servicio de odontología (gráfico 22) y tal vez en el área de sanidad es el más eficiente de los servicios en salud. La atención básica que se ofrece es profilaxis, endodoncia (tratamiento de conductos,



Tratamiento de Gingivitis y problemas en tejidos blandos en las estructuras interiores del diente) y rehabilitación oral con acceso a reconstrucción de coronas dentales y carillas de porcelana. Sin embargo cualquier tratamiento adicional debe el interno solicitarlo a través del NO POS.

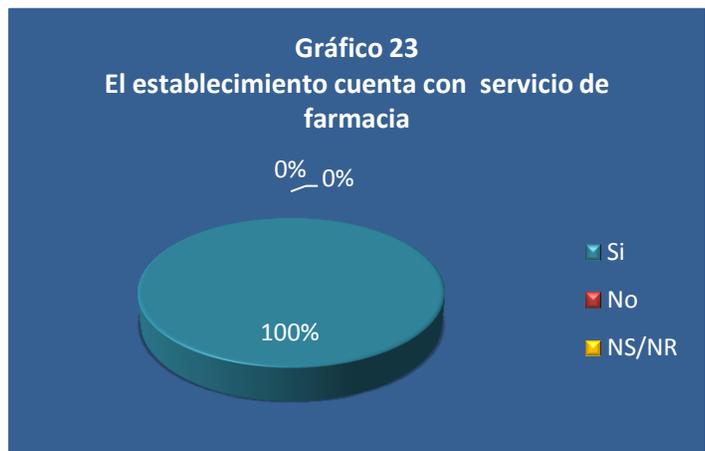


Según la Defensoría del Pueblo, sólo el 61% de los establecimientos penitenciarios y carcelarios del país cuenta con servicio odontológico.

CAPRECOM manifiesta que en los establecimientos no hay unidades odontológicas y que comprarlas sobrepasa lo presupuestado. Cuando la población es pequeña, hacen convenios de servicios odontológicos extramurales pero viene también el problema de la logística para los traslados de internos. Por lo tanto terminan solo haciendo profilaxis y otro procedimientos que no necesitan de equipo especializado.

19. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de farmacia?

La institución cuenta con servicio de farmacia. Los directivos consideran que el servicio de farmacia es bueno y que se entrega con prontitud



los medicamentos a los internos (gráfico 23).

Para la Defensoría del Pueblo sólo el 43% de los establecimientos penitenciarios y/o carcelarios cuenta con servicio de farmacia.

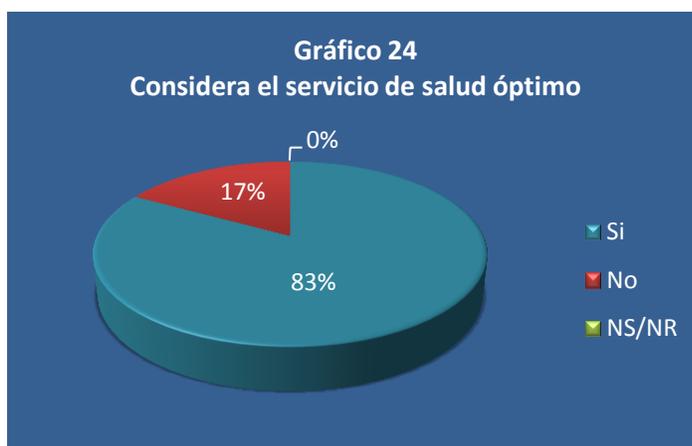
Por su parte CAPRECOM aduce que muchos de los establecimientos no podrán tener farmacia según el sistema de garantía de calidad porque no cumplen los requisitos y por las características de las edificaciones, no podrán hacerse adecuaciones para que las aprueben

20. ¿Considera que en el establecimiento de reclusión que Ud. atiende, se está prestando un óptimo servicio de salud?

En términos generales la percepción de los directivos es que el servicio de salud que se está llevando a cabo en la institución es bueno, (gráfico 24), consideran que comparándolo con otras instituciones penitenciarias y carcelarias no presenta los

aspectos críticos que están teniendo los internos de esas instituciones y que si se deben hacer correctivos en términos de eficiencia en la prestación del servicio sobre todo a nivel intrainstitucional ya que ello redundaría en una atención más adecuada de salud para los internos.

Para la Defensoría del Pueblo el 71% de los establecimientos carcelarios y penitenciarios en el país, no cuentan con un servicio óptimo de salud.



### 1.2.5. Análisis de los resultados de la Encuesta a Internos

El análisis de los resultados de la encuesta a internos están basados en una respuesta que se considera el punto de vista de cada uno de ellos en función de su experiencia en atención de salud en su pabellón y además está influenciada por su experiencia previa en el nivel del servicio de atención en salud que ha experimentado en otras instituciones penitenciarias (ver anexo 6).

La encuesta se estructura en tres áreas: i) percepción de los internos del servicio de salud que se les presta, ii) condiciones de higiene locativa y medioambiental e iii) identificación de las enfermedades que más aquejan a los internos.

#### 1. ¿Cómo considera el servicio de atención médica en el PMSC de Acacias?

La percepción que se tiene del servicio de atención médica, es considerada malo por el 45% de los internos (gráfico 25). La razón está en que a veces este servicio se demora hasta una semana, y teniendo en cuenta que la mayoría de las consultas son por gripas, dolores de cabeza y fiebre, cuando son llamados para atención ya la mayoría de los internos ha superado el mal pero queda el inconformismo ante la calidad del servicio.



#### 2. ¿Cómo considera el servicio de enfermería en el PMSC de Acacias?

Igual que el servicio de atención médica, el servicio de enfermería es muy criticado dentro de la población interna, especialmente esto se debe a que cuando se necesitan elementos de curación para atender accidentes no están los medicamentos ni los implementos para curación (gráfico 26).



La insuficiencia de medicamentos (solo se dan analgésicos, tipo acetaminofén o ibuprofeno, para cualquier patología). Sin embargo muchos internos pueden experimentar que esto es suficiente debido a que en sus vidas extra-carcelarias no tienen esta accesibilidad a cualquier atención primaria. Además la atención de primeros auxilios está a cargo de un enfermero o enfermera; pero en algunos casos se presenta la ausencia del paramédico, y la atención queda a cargo del personal de guardia y dirección que dan la alerta y remiten a los internos a los centros hospitalarios en caso necesario.

### 3. ¿Cómo considera el servicio de odontología en el PMSC de Acacias?

El servicio de odontología, se caracteriza por una buena atención entre la percepción de la población interna (gráfico 27), el servicio toma máximo un día para otro y la atención se considera adecuada.



Probablemente en la consideración de la respuesta se puede analizar que muchos de los internos nunca tuvieron acceso a un servicio de odontología y en la cárcel pueden contar aunque sea con la atención prestada por el odontólogo.

4. ¿Cómo considera el servicio de atención médica nocturna en el PMSC de Acacias?

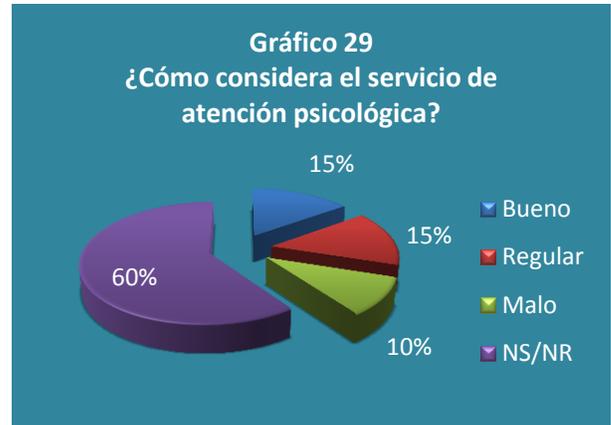
El servicio de atención médica nocturna como se muestra en el gráfico 28, es considerado bastante malo entre los internos. La principal razón está en los protocolos de seguridad que determinan controles demorados para trasladar al enfermo a atención médica debido. En otras ocasiones los guardas no prestan el suficiente interés respecto a los enfermos y otras veces no se cuenta con el médico de turno.



Es importante destacar que en las instituciones carcelarias y penitenciarias de Colombia la atención médica nocturna se presta por el llamado sistema de “disponibilidad” el cual consiste en que un médico contratado por medio tiempo, que atiende en la jornada diurna, le asignan turnos de disponibilidad para asistir a la cárcel en caso de ser necesario (cuando se le llama) en horas no laborables. Pero la atención médica nocturna entendida como el servicio formal prestado por un médico que atiende en forma permanente, en la cárcel, en horas de la noche, no existe.

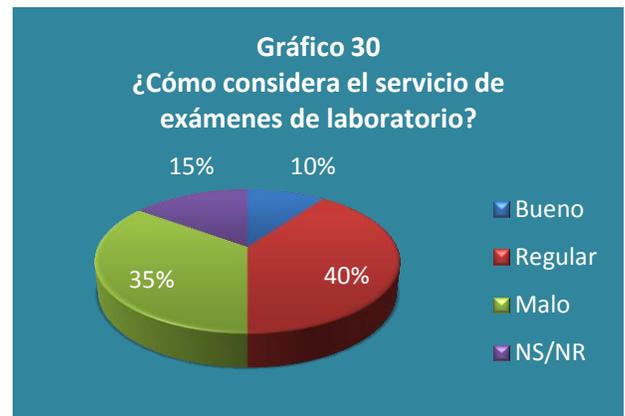
5. ¿Cómo considera el servicio de atención psicológica y psiquiátrica en el PMSC de Acacias?

El servicio de atención psicológica y psiquiátrica que se presta en la penitenciaría de Acacias es considerado por los internos como malo (gráfico 29), debido a que la atención se debe hacer en forma extramural y requiere procesos de seguridad para el traslado del paciente y coordinación con la IPS que atiende al interno.



6. ¿Cómo considera el servicio de exámenes de laboratorio en el PMSC de Acacias?

Como los anteriores conceptos encuestados el servicio de exámenes de laboratorio se considera malo (35%) y regular (40%), por la demora en la realización de los exámenes ya que este servicio no existe en la penitenciaría (gráfico 30).



Según la Defensoría, en algunas prisiones donde está presente el servicio de bacteriología no hay insumos, como reactivos, para la realización de exámenes.

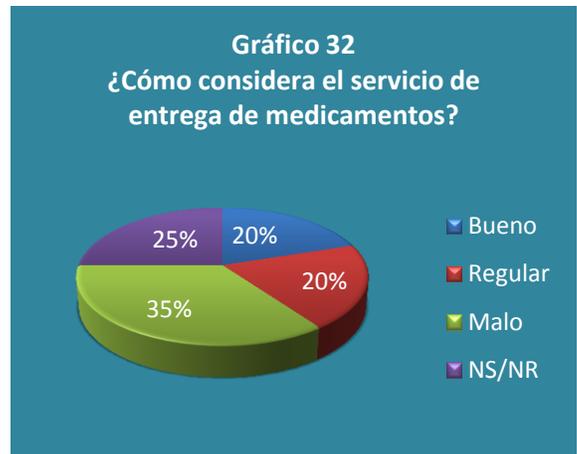
7. ¿Cómo considera el servicio de exámenes de la vista en el PMSC de Acacias?

Los internos consideran que el servicio en general es bueno (30%) o regular (35%) como se indica en el gráfico 31. Esto se debe que se les entrega sus gafas y a pesar de las demoras que puedan presentarse cuentan con un elemento que es vital para su desenvolvimiento en la cárcel.



8. ¿Cómo considera el servicio de entrega de medicamentos en el PMSC de Acacias?

El servicio de medicamentos es considerado malo por el 35% de los internos, pero el segmento de bueno y regular representa en conjunto el 40%. Llama la atención del alto nivel de los presos que respondieron No sabe/no responde (25%) debido a que no han utilizado el servicio de atención de medicamentos (gráfico 32).



El personal interno que considera que malo el servicio está determinado por los internos que tiene enfermedades de alto costo como VIH, medicamentos de control del corazón, y otros medicamentos especializados y que el seguro no los entrega sino a través de tutela. Igualmente se manifestó ese grupo que a pesar de

que sus familiares pueden hacérselos llegar, no es permitido el ingreso de estos medicamentos ya que el centro penitenciario alega razones de seguridad.

9. ¿Cómo son las condiciones de higiene en celdas y áreas comunes en el PMSC de Acacias?

Considerando que este es un penal de reciente construcción, cumple con condiciones que se han establecido dentro del concepto de la nueva cultura penitenciaria; presenta una disposición arquitectónica que garantiza condiciones higiénicas del preso. Los internos consideran en su mayoría el servicio como bueno, (gráfico 33), sin embargo los internos solicitan a las autoridades mejor disponibilidad de elementos de aseo para tener un mejor nivel de asepsia en las celdas.



10. ¿Cómo son las condiciones locativas de enfermería en el PMSC de Acacias?

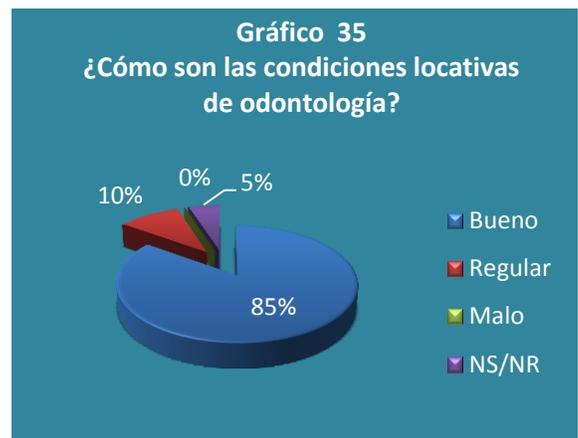
Los internos según el gráfico 34 consideran que las condiciones locativas en general son buenas (75%) ya que se cuenta con aparatos básicos de atención de urgencias (tensiómetros, aparatos de auscultación. martillo de reflejos, equipo órganos de los sentidos, jeringas, equipos de desinfección, camillas, etc.). La crítica



está en la disponibilidad de elementos de curación en el caso de atención de accidentes. Las emergencias según su complejidad requieren ser trasladadas a centros externos al penal, lo cual es bastante difícil por la disposición de guardia y transporte que esto implica. Por lo tanto la población carcelaria considera que debería haber mayor gestión en la atención de urgencias y no estar limitados por la ausencia de medicamentos y elementos de primeros auxilios.

11. ¿Cómo son las condiciones locativas de odontología en el PMSC de Acacias?

Las condiciones locativas del área de odontología son consideradas como buenas por parte del personal interno. Consideran que reúne todos los equipos y materiales para una buena atención reciben, el equipo odontológico funciona correctamente y el tratamiento es efectivo (gráfico 35).



12. ¿Cuáles consideran ustedes son las enfermedades más frecuentes entre la población de internos?

De acuerdo a la apreciación de los internos como se discrimina en el gráfico 36, las enfermedades más frecuentes en la institución son gripa (37%), hongos (25%) y dolores de cabeza (22%).



Sida y tuberculosis también se presentan pero no con la misma intensidad que se ve en otras instituciones penitenciarias. Esta información fue corroborada a nivel de estadísticas del área de sanidad presentándose una similitud en los resultados.

### 13. ¿Cómo considera en general el servicio de salud?

En general los internos como se aprecia en el gráfico 37, consideran el servicio de salud malo (49%) ya que a pesar de que la institución penitenciaria presenta servicios como atención médica, odontología, enfermería, etc.



La atención no se realiza con la presteza requerida para buscar una solución a los problemas de salud sino que por protocolos de seguridad, ausencia de mecanismos administrativos y relaciones confusas para los presos en términos de CAPRECOM, no pueden acceder a los servicios cuando los demandan. Los servicios de segundo nivel dependen de la disponibilidad de transporte y de la conformación de las de los grupos de salida para garantizar la seguridad y evitar la fuga del detenido y los servicios de alto costo dependen de la expedición del documento de respaldo económico que debe emitir la aseguradora especialmente para los tratamientos NO POS.

Dentro del desarrollo de las encuestas se identifico que en la actualidad de los 2.400 Internos, hay 6 extranjeros y los nacionales corresponden a todas las regiones del país. En términos de salud 73 personas toman medicamento psiquiátrico y 38 están en condición de discapacidad.

### **1.2.6. Conclusión del resultado de las encuestas.**

De las entrevistas al personal directivo respecto a su percepción sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud a los internos se encuentran los siguientes aspectos:

- No existe una garantía por parte de CAPRECOM para generar una calidad adecuada del servicio de salud contratado para atender a los internos.
- Los directivos no tienen muy claro el seguimiento de las actividades que se están realizando en cumplimiento de las acciones de salud que debe realizar CAPRECOM dentro del contrato.
- No existe una coordinación adecuada entre el INPEC (EPMSC de Acacias) y CAPRECOM sobre los procesos de seguridad requeridos en el traslado de la población reclusa cuando el servicio de atención médica es extramural, originando incumplimiento en la atención de los internos y pérdidas de las citas médicas.
- A pesar de que CAPRECOM entregó la póliza de reaseguramiento de enfermedades de alto costo de la población reclusa, los procesos que se tiene para atención de internos incluidos en la póliza Aurora, son eficientes debido a presentación de documentos anexos incompletos o tramitación dispendiosa ante la entidad que autoriza y paga los servicios.
- Existe la percepción entre los directivos que el tener áreas locativas para atención médica, odontología, farmacia garantiza una prestación buena de los servicios de salud a internos.
- se detecta falta gestión administrativa por parte de los directivos en establecer procesos y procedimientos e información documentada sobre la situación de salud de los internos. Lo anterior ha generado demoras en la

atención de la salud, desconocimiento de la realidad de sanidad en el penal y excusas por parte de CAPRECOM para justificar la mala prestación de servicios.

- Aun cuando las áreas de sanidad cuentan con una apropiada condición locativa, existe una alta ausencia de disponibilidad de insumos para la atención médica, así como escasez de personal médico y asistencial y demasiadas demoras en la entrega de medicamentos.

De las repuestas de los internos encuestados se encuentra:

- Respecto a la calidad de los servicios recibidos en la institución, se considera de buena calidad la atención en odontología (65%), de regular calidad los servicios de laboratorio (40%) y examen de la vista (35%) y de mala calidad los servicios de consulta médica (40%), atención en enfermería (40%), atención medica nocturna (63%) y servicio de entrega de medicamentos (35%).
- Respecto a las condiciones locativas consideran que son buenas para enfermería (85%) y odontología (80%), similar calificación se dio para las condiciones higiénicas de celdas, pasillos y patios (85%).
- Las enfermedades más frecuentes son gripa (37%), hongos (25%) y dolor de cabeza (22%). Enfermedades críticas como sida (2%) y tuberculosis (4%) no tiene una incidencia significativa en el penal.

### **1.3. Matriz DOFA de Evaluación de los Factores Internos y Externos**

Con base en los resultados de la encuesta y de los análisis previos sobre misión, visión y factores PCI y POAM, se definen las estrategias a seguir mediante la metodología de la matriz DOFA de evaluación de factores internos y externos (tabla 12), el análisis de las estrategias de relación DOFA (tabla 13) y la definición de las estrategias propuestas a desarrollar (tabla 14).

**Tabla 12. Matriz DOFA de Evaluación de los Factores Internos y Externos**

		<i>Análisis Interno PCI</i>	
<b>Matriz DOFA</b>	<i>Fortalezas</i>	<i>Debilidades</i>	
	<p>1. Conocimiento de logística penitenciaria</p> <p>2. Existe personal académicamente preparado</p> <p>3. Se registra un bajo índice de fugas</p> <p>Amplia experiencia en el manejo de PPL.</p> <p>4. Deseo de superación y búsqueda de cambio del recurso humano en la prestación de servicios de salud al interno</p>	<p>1. Lentitud para posicionar la institución y los servicios</p> <p>2. No se cuenta con todos los recursos administrativos y logísticos</p> <p>3. El recurso financiero es inadecuado para adelantar contrataciones eficientes</p> <p>4. No se cuenta con experiencia como empresa</p> <p>5. Mala imagen del sistema penitenciario ante la comunidad por corrupción</p> <p>6. Déficit de herramientas de trabajo</p> <p>7. Existencia de un gran tráfico de influencias</p> <p>8. No existen cursos de perfeccionamiento ni de capacitación al cuerpo de seguridad (</p> <p>9. Existe una gran cultura del rumor</p> <p>10. Bajo sueldo del personal involucrado en rehabilitación Social</p> <p>11. No hay garantías de la seguridad física del personal</p> <p>12. Mala atención en los programas de atención de salud, capacitación y reinserción social de los internos</p>	
<i>Análisis Externo POAM</i>	<i>Oportunidades</i>	<i>Estrategias (FO)</i>	<i>Estrategias (DO)</i>
	<p>1. La sociedad estimula la actividad carcelaria para protegerse del crimen y actos delincuenciales.</p> <p>2. Voluntad política del actual gobierno nacional, para un cambio positivo del sistema penitenciario en términos de disminución del hacinamiento y mejoramiento de los servicios de salud.</p> <p>Ofrecimientos internacionales para apoyar al sistema.</p> <p>Universidades pueden estar interesadas en llegar al mercado de los PPL.</p> <p>3. Ofrecimientos de ONGs en apoyar la rehabilitación social.</p> <p>Interés de la empresa privada para apoyar a los PPL, por ser mano de obra barata.</p> <p>4. Interés de la empresa privada de apoyar al sistema penitenciario para fortalecer sus</p>		

	programas de marketing social.		
	<p><i>Amenazas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La gestión depende en gran medida de relaciones que se tienen con terceros para lograr objetivos institucionales</li> <li>2. Políticas gubernamentales dirigidas a disminuir recursos financieros</li> <li>3. Medios de comunicación críticos y a veces hostiles por mala gestión penitenciaria.</li> <li>4. Deficiente asesoramiento en lo que concierne a nuevas construcciones</li> <li>5. Falta de equidad en la aplicación de los Derechos Humanos</li> <li>6. Nombramiento de Directores sin conocimientos en administración de empresas</li> <li>7. Falta de interés de las EPS del sector privado para llevar a cabo procesos de tercerización de salud</li> </ol>	<i>Estrategias (FA)</i>	<i>Estrategias (DA)</i>

Fuente Análisis propio sobre Metodología Kauffman González, S. H. 2003.

**Tabla 13. Estrategias de relación DOFA**

<b>Estrategias (FO)</b>	<b>Estrategias (DO)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gracias a la disponibilidad de mano de obra barata, se podría aprovechar la oportunidad de propiciar alianzas con empresas privadas, para generar actividades económicas que garanticen la resocialización de los internos</li> <li>2. De acuerdo al interés que existe en ONGs para mejorar condiciones de vida de los internos se podría programar actividades que permitan desarrollar asistencia tanto psicológica como psiquiátrica con bajos costos para la institución</li> <li>3. Se puede establecer una política de apoyo a los internos mediante vinculación de las empresas especialmente de laboratorios farmacéuticos, dentro de sus programas de responsabilidad social empresarial con el fin de llevar a cabo procesos encaminados en creación de farmacia dirigidas a la atención del interno en lo relacionado con medicinas y elementos necesarios en atención de salud de nivel 1</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tratará de minimizar la incapacidad para atender la población interna con servicios de salud eficientes mediante vinculación de la comunidad de Acacias para que se pueda realizar programas de vacunación que desarrolla el municipio a su comunidad y extenderlo a la población carcelaria</li> <li>2. Se minimizan los altos costos de servicios de salud, haciendo alianzas con las empresas para desarrollar actividades dirigidas a procesos industriales en los cuales se podría establecer un precio a la empresa privada por utilización de zonas de producción, el cual se distribuiría en un porcentaje como pago al interno por su trabajo y un porcentaje a la institución por arriendo, Los ingresos provenientes de este tipo de contrato se destinaría para mejorar la atención de los servicios de salud</li> </ol>

Estrategias (DA)	Estrategias (FA)
<p>1. Llegar a acuerdos con las Universidades para gestionar la capacitación del personal Directivo y administrativo en cursos de actualización de temas administrativos, financieros y de gestión humana que permitan una mejor gestión en la utilización de los recursos disponibles</p> <p>2. Establecer acuerdo con Universidades o Sena que prestan servicios en educación formal y no formal en salud para que los estudiantes de último semestre realicen prácticas o pasantías en el centro carcelario y apoyen el mejoramiento de los servicios en salud.</p> <p>2. establecer contactos con ONGs con el fin de dotar a la institución con computadores mediante el sistema de donación, lo cual permitiría tener procesos de capacitación del interno y sería un elemento importante en su proceso de resocialización</p>	<p>1. Campaña publicitaria a nivel de la comunidad con el fin de integrarla en los planes de desarrollo de atención en salud comunitarios.</p> <p>2. Hacer alianzas con los proveedores de los servicios de salud para garantizar precios más atractivos y competitivos, y disminuir así el costo del servicio</p> <p>Diseñar e implementar un SGC que ofrezca diferenciación y mayor confiabilidad a los internos asegurando la calidad en los servicios de salud con un enfoque dirigido hacia la prestación efectiva de servicios de salud de primer nivel.</p>

Fuente Análisis propio sobre Metodología Kauffman González, S. H. 2003.

Con base en el análisis relacional DOFA en el EPMS de Acacias surgen las siguientes estrategias que permitirán establecer el Plan de Mejoramiento

**Tabla 14. Estrategias propuestas a desarrollar**

Estrategia	Característica	Estrategia en EPMS de Acacias
Intensivas	Requieren un esfuerzo intenso para mejorar la posición competitiva de la empresa con los grupos existentes.	<p>1. Mejorar la calidad del servicio de salud en la Penitenciaría de Acacias mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles</p> <p>2. Desarrollar el comité de calidad en el área de sanidad como motor de desarrollo de la gestión eficiente en el cumplimiento del programa de salud institucional</p> <p>3. Identificar las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad de la institución penitenciaria con el fin de establecer el número de casos y tasas de incidencia que determinarán a su vez las estrategias de control de causa de enfermedad y muerte en la Institución: Este es el primer paso para desarrollar el programa institucional de salud con el fin de dirigir la utilización de los recursos disponibles del área de sanidad en atender eficientemente la población afectada.</p>

Estrategia	Característica	Estrategia en EPMSC de Acacias
		4. Desarrollar un programa de traslados a instituciones de salud extramurales que permitan que la atención de los reclusos que requieren atención de nivel 2 y 3 puedan contar con la asistencia médica en la oportunidad requerida
Defensivas	Cuando dos o más empresas constituyen una sociedad temporal, para aprovechar alguna oportunidad. Se usa cuando dos empresas pequeñas se unen para enfrentar un de mayor tamaño.	<p>1. Establecer una vinculación activa con el Hospital de Acacias es cual es una institución de salud una institución de baja complejidad que brinda los siguientes servicios: Consulta médica general, Urgencias, Odontología, Laboratorio clínico, Promoción y prevención de la enfermedad, hospitalización, servicio de farmacia, y Traslado asistencial básico</p> <p>Contratar con IPS de nivel 2 y 3 visitas programadas institucionales que garanticen la atención en salud de la población que requiere el servicio a ese nivel y así poder programar eficientemente la asistencia médica.</p> <p>2. Hacer el estudio de factibilidad para el montaje de una farmacia que brinde a los internos medicina útil y no solo placebos para combatir las enfermedades que se identifiquen como repetitivas dentro del penal. Para ello puede constituirse una alianza estratégica con el Hospital de Acacias para que la farmacia del hospital suministre los medicamentos en un periodo no mayor de 8 horas</p> <p>3. Hacer una alianza estratégica con uno o varios laboratorios farmacéuticos basados en el programa institucional de salud para que se establezca un comité de base que determine los medicamentos que se deben consumir mediante la aplicación de de los vademécum de dichos laboratorios.</p>
Genéricas	Determinan aspectos internos de la organización que pueden corregirse mediante acciones	<p>1. Analizar y estructurar las cadenas de costos de producción del servicio con el fin de trabajar directamente la atención de nivel 1 en forma intramural</p> <p>2. Aplicabilidad de economías de escala que garanticen la utilización efectiva de los recurso disponibles tanto humanos como tecnológicos y materiales</p> <p>3. Hacer alianzas con los proveedores de los servicios de salud para garantizar precios más atractivos y competitivos, y disminuir así el costo del servicio</p> <p>4. Campaña publicitaria a nivel de la comunidad con el fin de integrarla en los planes de</p>
De Mejora	Tiene como objetivo final conseguir resultados excelentes en todos los aspectos importantes para una organización:	<p>1. Diseñar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad SGC en salud que ofrezca mayor confiabilidad a los internos asegurando la oportunidad en los servicios de salud con un enfoque dirigido hacia la prestación efectiva de servicios de salud de primer nivel.</p> <p>2. Realizar un plan de capacitación y formación al personal tanto de vigilancia como administrativo sobre las debilidades encontradas una vez se realice una evaluación</p>

Estrategia	Característica	Estrategia en EPMS de Acacias
		<p>de desempeño del personal</p> <p>3. Estructurar el proceso de compras, estableciendo los criterios para la selección y evaluación de los proveedores en materia de salud y el aseguramiento de los requisitos de los servicios a contratar</p> <p>4. Establecer los formatos de encuestas de satisfacción de los servicios de salud</p> <p>5. Aplicación de herramientas de gestión de la calidad que generen un mejoramiento en los procesos y por ende incrementen la eficiencia en la prestación de los servicios de salud</p> <p>6. Realizar encuestas de satisfacción del servicio de salud y realizar el análisis a través de herramientas estadísticas</p>

Fuente Análisis propio sobre Metodología Kauffman González, S. H. 2003.

## **CAPITULO V**

### **LÍNEAS, ACTIVIDADES, INDICADORES Y METAS ESTRATÉGICAS PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO ESTRATÉGICO PARA EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE ACACIAS**

#### **1. OBJETIVO**

Establecer un plan de mejoramiento estratégico para el servicio de salud de la institución Penitenciaria de Acacias que garantice la atención de los servicios de salud brindados a los internos para el nivel 1 a nivel intramural y niveles II y III con contratación a IPS con atención extramural.

Las líneas estrategias a desarrollar son:

Línea Estratégica 1 - Promoción de la Salud en Internos

Línea Estratégica 2 - Promoción de campañas de vacunación en internos (Mejoramiento de la salud)

Línea Estratégica 3 - Cuidados, tratamiento y asistencia para la comunidad de reclusos a nivel intramural (Recuperación de la salud).

Línea Estratégica 4 – Contratación de servicios de salud con IPS de nivel II

Línea Estratégica 5 – Contratación de servicios de salud con IPS de nivel III

Línea Estratégica 6 – Contratación de servicios de salud con IPS de alto costo

Línea Estratégica 7 – Contratación del personal de atención y administración de servicios de salud a nivel intramural

### Línea Estratégica 1 - Promoción de la Salud en Internos

*Objetivo:* Llevar a cabo la realización de una campaña de Educación Sanitaria en los pabellones en EPMSC de Acacias, mediante talleres continuados para los internos, con el fin de que estos tengan una información mínima sobre el cuidado de su salud y conocimientos básicos sobre enfermedades infecciosas.

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
Realizar talleres de información en los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de enfermedades infecciosas.</li> <li>• Uso indebido de medicamentos, drogas y alcohol</li> <li>• Higiene: individual y ambiental</li> <li>• Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Salud bucodental</li> <li>• Enfermedades de transmisión sexual</li> <li>• Educación acerca de tatuajes seguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número y porcentaje de internos participantes / Total internos</li> </ul>	Reducir la incidencia de <a href="#">enfermedades y factores de riesgo</a> en un 80% en la EPMSC de Acacias

### Línea Estratégica 2 - Promoción de campañas de vacunación en internos (Mejoramiento de la salud)

*Objetivo:* Realizar programas de vacunación en enfermedades infectocontagiosas prevenibles en concordancia con los planes del Ministerio de Salud y Protección Social.

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
Realizar Programas de vacunación que contemplan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna Antitetánica y vacuna.</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Anti hepatitis B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número y porcentaje de internos vacunados / Total internos</li> </ul>	Reducir la incidencia las <a href="#">enfermedades infecciosas atribuibles a las patologías que se pretenden controlar</a>

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
		con las vacunas que se van a aplicar en un 80% en la EPMSC de

Línea Estratégica 3 - Cuidados, tratamiento y asistencia para la comunidad de reclusos a nivel intramural (Recuperación de la salud).

*Objetivo:* Desarrollar en la institución las unidades básicas de atención intramural con los recursos físicos, tecnológicos y materiales que permitan la atención de los servicios básicos de salud.

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
<p>Implementar en la institución las siguientes unidades, las cuales deberán contar con el personal de salud permanente: y los recursos adecuados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica (consulta medicina general)</li> <li>• Odontología</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Psicología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° unidades implementadas / N° de unidades requeridas en atención médica</li> <li>• N° unidades implementadas / N° de unidades requeridas en odontología</li> <li>• N° unidades implementadas / N° de unidades requeridas en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar el 85% de las unidades requeridas en el servicio de atención médica</li> <li>• Implementar el 95% de las unidades requeridas en el servicio de odontología</li> <li>• Implementar el 95% de las unidades requeridas en el servicio de farmacia.</li> </ul>

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
	farmacia • N° unidades implementadas / N° de unidades requeridas en psicología	• Implementar el 70% de las unidades requeridas en el servicio de psicología

Línea Estratégica 4 – Contratación de servicios de salud con IPS de nivel II

*Objetivo:* Contratar con una entidad del Nivel II la prestación de servicios de atención en salud a nivel extramural

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
Contratar la prestación de servicios médicos con el <i>Hospital local de Acacias</i> para la atención extramural de nivel I, la cual contempla los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Consulta Externa Medicina especializada</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Servicio Radiología Nivel II</li> <li>• Entrega medicamentos especializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° y porcentaje de internos atendidos por servicio / Total internos</li> <li>• N° de Consultas otorgadas por servicio / Total de consultas solicitadas</li> <li>• N° de quejas y tutelas por mal servicio prestado / Total de internos atendidos</li> </ul>	Tratar al menos el 90% de los pacientes internos que presenten sintomatologías establecidas en Nivel de atención II

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidad del servicio (N° de días transcurridos en ser atendido / N° días de estándar máximo)</li> </ul>	

Línea Estratégica 5 – Contratación de servicios de salud con IPS de nivel III

*Objetivo:* Contratar con una entidad del Nivel III la prestación de servicios de atención en salud a nivel extramural

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
<p>Contratar la prestación de servicios médicos con el <i>Hospital Departamental de Villavicencio</i> para la atención extramural de nivel III, la cual contempla los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Subespecialidades adulto</li> <li>Servicio oftalmología</li> <li>Servicio de Optometría</li> <li>Suministro de lentes y monturas</li> <li>Cirugía oftalmológica</li> <li>Atención Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología</li> <li>Atención Quirúrgica de Ortopedia y Traumatología</li> <li>Artroscopia</li> <li>Atención en Fisiatría</li> <li>Atención Terapia respiratoria</li> <li>Atención otras terapias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° y porcentaje de internos atendidos por servicio / Total internos</li> <li>N° de Consultas otorgadas por servicio</li> <li>N° de quejas y tutelas por mal servicio prestado</li> <li>Oportunidad del servicio (N° de días transcurridos en ser atendido / N ° días de estándar máximo)</li> </ul>	<p>Tratar al menos el 80% de los pacientes internos que presenten sintomatologías establecidas en Nivel de atención III</p>

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía General</li> <li>• Laboratorios Especializados</li> <li>• Colposcopia</li> <li>• Imágenes Diagnosticas</li> <li>• Entrega Medicamentos nivel III</li> </ul>	Nota. Estos indicadores se aplican para cada una de las actividades	

Línea Estratégica 6 – Contratación de servicios de salud con IPS de prestación de servicios de atención en salud de alto costo y los NO POS

*Objetivo:* Contratar con una entidad la prestación de servicios de atención en salud de alto costo y los NO POS a nivel extramural.

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
<p>Contratar con <i>Contrata Hargo Corredora Servicios</i> la prestación de servicios de alto costo y NO POS contemplados en la póliza Aurora, y establecer procedimiento de pago de dichos servicio a través de QBE Seguros, para los siguientes tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios ambulatorios de cardiología</li> <li>• Servicios cirugía cardíaca</li> <li>• Rehabilitación cardíaca</li> <li>• Servicios ambulatorios de neurocirugía</li> <li>• Servicios neurocirugía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de internos atendidos por servicio / Total internos</li> <li>• N° de Consultas otorgadas por servicio / Total de consultas solicitadas</li> <li>• N° de quejas y tutelas por mal servicio prestado / Total de</li> </ul>	Tratar al menos el 80% de los pacientes internos que presenten atención en salud de alto costo

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios ambulatorios de nefrología adultos</li> <li>• Servicios diálisis y hemodiálisis adultos</li> <li>• Atención hospitalaria gran quemado</li> <li>• Atención ambulatoria gran quemado (cirugía Plástica reconstructiva o funcional)</li> <li>• Atención UCI gran quemado</li> <li>• Atención ambulatoria por infectología para VIH</li> <li>• Suministro de medicamentos antirretrovirales e Inhibidores de proteasa establecidos en el manual de medicamentos vigente del sistema.</li> <li>• Laboratorio especializado IV nivel</li> <li>• Atención ambulatoria oncológica adulto</li> <li>• Cirugía oncológica adulto</li> <li>• Servicios de quimioterapia adulto</li> <li>• Servicios de radioterapia, incluyendo la teleterapia Adulto</li> <li>• Medicamentos oncológicos</li> <li>• Atención ambulatoria oncológica</li> <li>• Cirugía oncológica pediátrica</li> </ul>	<p>internos atendidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad del servicio (N° de días transcurridos en ser atendido / N° días de estándar máximo)</li> </ul> <p>Nota. Estos indicadores se aplican para cada una de las actividades</p>	

Línea Estratégica 7 – Contratación del personal de atención y administración de servicios de salud a nivel intramural

*Objetivo:* Contratar el personal médico y administrativo que permita brindar una atención eficiente de los servicios de salud en nivel I intramural

Actividad	Indicador	Metas Estratégicas
<p>Contratar los funcionarios que permitan implementar la organización funcional en la prestación de servicios de salud en la EPMSC de Acacias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador del área de Sanidad</li> <li>• Secretaria de área de sanidad</li> <li>• Médico</li> <li>• Odontólogo</li> <li>• Enfermera</li> <li>• Regente de farmacia</li> <li>• Psicólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de médicos / Total de internos</li> <li>• N° de odontólogos / Total de internos</li> <li>• N° enfermeras / Total de internos</li> <li>• N° de regentes de farmacia / Total de internos</li> <li>• N° de psicólogos/ Total de internos</li> <li>•</li> </ul>	<p>Contratar el 100% de los funcionarios en el área de la salud</p> <p>Contratar el 100% de los funcionarios administrativos del área de sanidad</p>

## **2. Aproximación al Análisis de Viabilidad Económica**

Esta aproximación al análisis de viabilidad económica se basa en los siguientes aspectos:

### **2.1. Valor de la UPC en Contrato de INPEC y CAPRECOM**

La UPC (Unidad de Pago por Capitación) es la prima anual que reciben las Entidades Promotoras de Salud EPS por la atención de cada afiliado; es una forma de pago por anticipado de los servicios que las EPS prestan.

El valor de la UPC en el contrato INPEC – CAPRECOM, establecido por la Comisión de Regulación de Salud CRES mediante el Acuerdo 032 de 2012 se definió en \$ 1.204,63 pesos diarios por interno a partir de julio de 2012.

Lo anterior determina que el pago por parte del INPEC a CAPRECOM es de \$36.139 pesos diarios y sobre una base de 2.327 internos el pago mensual corresponde a \$ 84.095.220 millones de pesos.

### **2.2. Costo de la adecuación de la infraestructura de atención de servicios médicos intramural nivel I**

Los requerimientos del personal que hace efectiva la atención de nivel I intramural es la siguiente:

El valor del salario está establecido en el plan de cargos y salarios determinado por el INPEC (ver cuadro 6).

**Cuadro 6. Requerimientos de personal, salario y prestaciones sociales en el área de Sanidad**

Cargo	Cantidad	Salario	Prestaciones sociales	Total mes
Coordinador	1	\$ 2.000.000	\$ 792.000	\$ 2.792.000
Médico general	1	\$ 2.600.000	\$ 1.029.600	\$ 3.629.600
Odontólogo	1	\$ 2.000.000	\$ 792.000	\$ 2.792.000
Psicólogo	1	\$ 1.700.000	\$ 673.200	\$ 2.373.200
Auxiliar de enfermería	1	\$ 1.200.000	\$ 475.200	\$ 1.675.200
Regente farmacia	1	\$ 900.000	\$ 356.400	\$ 1.256.400
Secretaria	1	\$ 650.000	\$ 257.400	\$ 907.400
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>\$ 11.050.000</b>	<b>\$ 4.375.800</b>	<b>\$ 15.425.800</b>

Fuente: Análisis propio sobre plan de cargos y salarios del INPEC 2012

Con base en las estadísticas que presenta el área de sanidad en la Penitenciaría de Acacias, los costos totales del servicio de salud en el nivel intramural, corresponden en un 55% a los gastos de personal y el 45% a los insumos y medicamentos utilizados en la atención de servicios.

Lo cual determina que el costo del servicio de atención en salud mensual a nivel intramural es el siguiente:

Costos laborales	\$ 15.425.800
Costos de insumos	\$ 19.282.250
<b>Total costos de nivel intramural</b>	<b>\$ 34.708.050</b>

Para el primer nivel se prestara el servicio intramural y el costo promedio de operación del servicio es de \$34.709 pesos por usuario. De acuerdo a estudios realizados se ha establecido que el número de atención promedio en este nivel es de 700 usuarios mensuales (aclarando que un interno puede utilizar el servicio de salud varias veces, mientras que otros necesariamente no lo utilizan) lo cual genera un costo total de \$24.296.300 pesos.

### **2.3. Costos de negociación para el servicio extramural en Instituciones prestadoras de salud nivel II.**

Para el nivel II se establece que el servicio de atención médica se presta en el Hospital local de Acacias. El Hospital Municipal de Acacias E.S.E, es una institución de baja complejidad que brinda los siguientes servicios: Consulta médica general, Urgencias, Odontología, Laboratorio clínico, Promoción y prevención, Hospitalización, Atención materna y perinatal, servicio de farmacia, y Traslado asistencial básico. Además ofrece servicios de mediana complejidad como: Terapia física y terapia respiratoria, servicio de Rayos X e imaginología, consulta de optometría, consulta de pediatría, consulta de ortopedia y consulta de ginecología. Los servicios acordados con el Hospital de Acacias se presentan en la tabla 15.

**Tabla 15. Hospital Local de Acacia Servicios de Salud a prestar en EPMSC de Acacias**

Servicios de salud	Tipo de servicio	Oportunidad del servicio
Exámenes de laboratorio	Acido úrico	1 día
	Amilasa	
	Antibiograma	
	Baciloscopia	
	Bilirrubina directa	
	Bilirrubina total	
	Colesterol	
	Creatina	
	Creatinina	
	Cuadro hemático	
	Gonarelina	
	Glucosa	
	Hematocrito	
	Hemoclasificación grupo sanguíneo	
	Hepatitis A, anticuerpo G	
	Inmunoglobulina	
	Plaquetas recuento	
	Proteínas totales en suero y otro	
	Proteinuria en 24 horas	
	Secreción nasal, ocular, ótica	
	Secreción uretral o vaginal	
	Sida, anticuerpos VIH 1	
	Sida, anticuerpos VIH 2	
	Sífilis, serología presuntiva	
Tiroidea estimulante THS		
Tiroxina T4		
Toxoplasma, anticuerpo M		
Triglicéridos		
Tromboplastina, tiempo parcial		
Radiología	Servicio de rayos X	
Otorrinolaringología	Extracción cuerpo extraño conducto auditivo interno sin incisión	Hasta 5 días
Ortopedia (cambio de yesos)	Hombro , MMSS tobillo	
	Muslo y/o pierna	
Odontología	Reconstrucción de Angulo incisal con resina de fotocurado	5 días
	Reconstrucción tercio incisal con resina de fotocurado	
Otros servicios profesionales intrahospitalarios y ambulatorios	Consulta ambulatoria de medicina especializada-ortopedia	5 días
	Consulta ambulatoria de medicina especializada-optometría	
	Consulta ambulatoria de medicina especializada-ofthalmología	
Farmacia especializada	Medicamentos especializados	Max. 48 horas
<b>Costo promedio ponderado del servicio</b>		<b>\$ 48.700</b>

Fuente: Análisis propio sobre servicios prestados en Hospital de Acacias (2012)

De acuerdo a los estudios que se han venido realizando, producto de la discontinuidad de la prestación del servicio de atención médica en EPMSC de Acacias por parte de CAPRECOM, (situación que se volvió crítica a partir de noviembre de 2012), se ha obtenido la siguiente información basada en las estadísticas de remisión de pacientes a IPS de nivel II durante el último año.

Se identificó un promedio de 635 atenciones mensuales en servicios de salud para nivel II, con un total de 417 internos, de los cuales varios de ellos han utilizado el servicio más de 3 veces. El costo unitario promedio ponderado de los diferentes servicios que presta el Hospital de Acacias es de \$ 48.700 pesos, lo cual genera un costo de atención total al mes de \$ 30.924.500 pesos.

#### **2.4. Costos de negociación para el servicio extramural en Instituciones prestadoras de salud nivel III.**

El Hospital Departamental de Villavicencio, es una institución prestadora de servicios de salud del máximo nivel de complejidad en el departamento del Meta. Es a su vez Hospital Universitario vinculado a la Universidad Nacional. Como institución de alta tecnología atiende las áreas de Pediatría, Medicina interna, Ginecología, Quirúrgicos y ortopedia y Especialidades los cuales se relacionan en la tabla 16. Y para el proyecto se toma como referencia como institución prestadora de servicios de atención en salud nivel III.

**Tabla 16. Hospital Departamental de Villavicencio Servicios de Hospitalización**

Medicina Interna	Especialidades Quirúrgicas	Quirúrgicos y Ortopedia	Ginecología	Pediatría
Neumología	Neurocirugía	Cirugía General	Maternidad,	Oncología
Neurología	Oftalmología	Ortopedia	Neonatología	Hematología
Nefrología	Gastroenterología	Cirugía de	Ginecología –	Cirugía General
Dermatología	Oncología	Mano	Obstetricia	Cardiología
Hematooncología	Mastología	Cirugía de	Ginecología	Neurología
Oncología Clínica	Cirugía de Tórax	Tejidos	Oncológica	Ortopedia
Cardiología		Blandos		

Fuente Hospital Departamental de Villavicencio (2012)

El análisis de las estadísticas del área de Sanidad de la EPMSC de Acacias, permitió identificar que en los últimos 12 meses se presentó una demanda por servicios de atención en salud nivel III equivalente a 378 actividades, el costo promedio ponderado del servicio nivel III, fue de aproximadamente \$71.300, originando un valor total mensual de pago por servicios de \$26.951.400 pesos. Con base a esta experiencia se ha pactado el mismo costo unitario de la actividad en salud para la atención de nivel III.

### **2.5. Costos de negociación para el servicio extramural en Instituciones prestadoras de salud de alto costo.**

El nivel de atención en salud de alto costo se contrata a través de una agencia especializada en la prestación de servicios de alto costo y NO POS: *Contrata Hargo Corredora Servicios* contemplados en la póliza Aurora, y el pago de los servicios en instituciones de estas características (alto costo) se hace mediante la empresa QBE Seguros, para los tratamientos estipulados en la póliza. Aun cuando los costos de estos servicios pueden ser mayores se toma una póliza colectiva de

reaseguramiento la cual establece costos iniciales de \$235.000 pesos mensuales y el número de pacientes de este nivel es bajo (17 en la actualidad) lo cual generaría un costo mensual de \$3.995.000.

**Cuadro 7. Costos de servicios de salud según nivel de atención**

Nivel de atención en salud	Costo unitario del servicio	Nº Usuarios	Valor atención
Nivel I	\$ 34.709	700	\$ 24.296.300
Nivel II	\$ 48.700	635	\$ 30.924.500
Nivel III	\$ 71.300	378	\$ 26.951.400
Nivel alto costo	\$ 235.000	17	\$ 3.995.000
			<b>\$ 86.167.200</b>

Fuente: Análisis propio sobre estudios en Instituciones de cada nivel

Es de anotar que los costos de servicios de salud que se están definiendo, son muy parecidos a los establecidos a nivel general por CAPRECOM con sus diversas IPS para el cumplimiento del contrato con el INPEC.

El incumplimiento por parte de CAPRECOM inicialmente tal como se expuso durante la presente investigación, fue no contar con una gestión gerencial que identificara el número real de internos atendidos lo cual le creó inicialmente problemas de liquidez, sin embargo este incidente se subsano mediante el empréstito que a nombre del gobierno nacional se le canceló a CAPRECOM. No obstante lo anterior, a partir de 2011 CAPRECOM dejó de cancelar oportunamente a sus IPS, y Cooperativas lo que originó el embargo de sus cuentas bancarias y crisis en la atención de salud en las cárceles.

Como conclusión del presente análisis, se presenta una diferencia de \$2.072.000 en contra, en el plan de mejoramiento de la penitenciaría de Acacias respecto al contrato de prestación de servicios INPEC – CAPRECOM. Sin

embargo es de anotar que el costo de operación de este contrato lo único que trajo fue un detrimento en la prestación de los servicios de salud a los internos.

La presente estrategia permitiría a la EPMSC de Acacias, contar con una atención adecuada de salud para sus internos sobre la base de cumplimiento de pagos a las instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo cual es definitivo que los directores se identifiquen con una gestión eficiente de cobro del presupuesto de salud de la institución con el INPEC a nivel central y garanticen el cumplimiento del pago de estos servicios a las IPS y promuevan condiciones que garanticen la no vulnerabilidad de la salud de los internos.

Es importante resaltar que el contrato INPEC – CAPRECOM terminó a partir de del 06 de diciembre de 2012 y en la actualidad esta institución solo está atendiendo el listado de internos atrasados. Para el primer nivel no hay atención de ningún tipo ni se entregan medicamentos, lo cual obliga a las instituciones penitenciarias a desarrollar sus propios esquemas de contratación.

## CONCLUSIONES

Es evidente que en los últimos años se ha deteriorado la calidad de la prestación de servicios de salud para la población colombiana. Es común la presentación de tutelas por parte de los usuarios para reclamar sus derechos ante las Entidades Prestadoras de Salud EPS y debido a las constantes denuncias sobre las irregularidades en la facturación de los medicamentos y de la mala calidad de los servicios de salud por parte de algunas EPS, el estado colombiano ha intervenido varias de las EPS más grandes del país, sin embargo la percepción tanto a nivel de políticos, especialistas en salud y legisladores, es que este es un tema que debe contemplar soluciones que busquen mejorar la calidad del servicio y modificaciones en la legislación que fortalezcan la transparencia en el uso de los recursos.

En la problemática de la salud también se ha visto involucrado el sector carcelario del país. Este es uno de los sectores sociales más vulnerables a los problemas de salud, ya que la salud, en estos espacios, es olvidada o bien considerada de baja prioridad. Sin embargo para un ser humano, el perder la libertad no significa la pérdida de otros derechos que se mantienen, como lo es el derecho a la salud, por lo que el mantener una persona bajo custodia del Estado no debería ser perjudicial para su salud.

Como se ha contemplado en diversos foros internacionales, la salud de una persona privada de su libertad es responsabilidad de diferentes autoridades e instituciones. Estas deben brindar una atención médica adecuada y de la misma calidad que la que se brinda a la sociedad en general.

Por lo tanto, con base en los diferentes simposios internacionales sobre el tema, las naciones (entre ellas Colombia) han suscrito protocolos en los cuales las personas privadas de libertad tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamientos y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, tuberculosis, y las personas con enfermedades en fase terminal. El tratamiento debe basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas.

En razón a que los problemas de atención en salud en las cárceles del país se venían convirtiendo en un problema de salud pública, el Estado Colombiano planteó la estrategia de llevar a cabo un proceso de manejo directo a través de una EPS mediante un contrato de prestación de servicios de salud a la población carcelaria, que se efectuara de manera intramural y extramural. En 2009 se firma el contrato de prestación de servicios entre CAPRECOM y el INPEC y a pesar de contar con los recursos económicos adecuados, de establecer todos los aspectos definidos en el papel, la implementación tuvo problemas que han generado la situación crítica en la atención de salud de la población carcelaria que es conocida por toda la opinión pública y que llevó a la terminación del contrato en diciembre de 2012 y que ha determinado que las instituciones penales y carcelarias del país busquen alternativas para solucionar la prestación de los servicios de salud a sus internos.

La Penitenciaría Nacional de Acacias es un establecimiento penitenciario de mediana seguridad, de reciente construcción e inaugurado en agosto de 2001 y en la actualidad tiene un cupo total para 2.400 presos. Para el manejo de la institución se cuenta con 312 funcionarios: administrativos 36 y guardianes 276. A fecha enero 2013 la población carcelaria es de 2.327 internos.

Con el fin de solucionar los problemas sobre acceso a los servicios de salud que están viviendo los internos de la Penitenciaría Nacional de Acacias, se estableció un Plan de mejoramiento estratégico del área de Sanidad la cual contempla en resumen las siguientes estrategias:

1. *Promoción de la Salud en Internos.* Cuyo objetivo es realizar campañas de información a los internos para que estos adquieran conocimientos básicos sobre enfermedades infecciosas y el cuidado de su salud. Como meta se persigue reducir la incidencia de enfermedades y factores de riesgo en un 80% en la EPMSC de Acacias
2. *Promoción de campañas de vacunación en internos* (mejoramiento de la salud). Su objetivo es llevar a cabo programas de vacunación en enfermedades infectocontagiosas prevenibles. La meta establecida busca reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas atribuibles a las patologías que se pretenden controlar en un 80% en la EPMSC de Acacias.
3. *Cuidados, tratamiento y asistencia para la comunidad de reclusos a nivel intramural* (recuperación de la salud). Su objetivo es desarrollar en la institución las unidades básicas de atención intramural con los recursos físicos, tecnológicos y materiales que permitan la atención de los servicios básicos de salud. Lo anterior implica adecuar las unidades de Atención médica, Odontología, Farmacia y Psicología con el fin de que puedan atender los requerimientos básicos de atención en salud de los internos garantizando los recursos humanos, tecnológicos y

materiales que se requieren en prestación de una adecuada prestación del servicio en forma oportuna. Para efectos de optimizar los procesos se han llevado a cabo estudios sobre las estadísticas que presenta la institución, identificando el número de casos de atención efectuados en el último año y determinando el costo en que se está incurriendo en por adquisición de medicamentos así como la planeación de los recursos humanos necesarios que garanticen la implementación de esta estrategia. La meta que se persigue es implementar el 85% o más de las unidades requeridas en el servicio de atención en salud según servicios estipulados.

4. *Contratación de servicios de salud con IPS de nivel II.* El objetivo es contratar la prestación de servicios médicos con el *Hospital Local de Acacias*. Los servicios médicos contemplan básicamente: atención de consulta externa de medicina especializada, los servicios de laboratorio, radiología y entrega de medicamentos especializados. Dentro de las acciones desarrolladas en el cumplimiento de esta estrategia se planteó con el hospital la definición de los servicios y subespecialidades a contratar y el costo ponderado promedio de los servicios de salud, basados en estadísticas del área de sanidad de utilización del servicio en nivel I. La meta a esta estrategia es tratar al menos el 90% de los pacientes internos que presenten sintomatologías establecidas en este nivel de atención.
  
5. *Contratación de servicios de salud con IPS de nivel III.* El objetivo a perseguir es la contratación con el *Hospital Departamental de Villavicencio* para la atención extramural los servicios especializados de medicina interna y especialidades quirúrgicas según clasificación previamente establecida. En función de la implementación de esta estrategia y con base en las estadísticas sobre remisión de pacientes internos a IPS de este nivel se estableció sobre el número de atenciones el costo promedio ponderado del servicio. La meta que se busca es tratar al menos el 80% de los pacientes internos que presenten sintomatologías establecidas en nivel de atención III

6. *Contratación de servicios de salud con IPS de prestación de servicios de atención en salud de alto costo y los NO POS.* Objetivo: Contratar la prestación de servicios de atención en salud de alto costo y los NO POS a nivel extramural con la entidad especializada *Contrata Hargo Corredora Servicios* la prestación de servicios de alto costo y NO POS contemplados en la póliza Aurora, y establecer procedimiento de pago de dichos servicio a través de QBE Seguros .Igualmente para el proceso de implementación se estableció el contacto con una entidad que se ha caracterizado por su cumplimiento a nivel departamental y con base a estadísticas se asume una póliza colectiva sobre atención en servicios de salud basados en la póliza Aurora, y por lo tanto los costos aun cuando a nivel individual serian supremamente altos bajo el esquema de póliza colectiva se reduce drásticamente. Adicionalmente el número de usuarios interos en este nivel es bajo. La meta para esta estrategia Es buscar un cubrimiento de al menos el 80% de los pacientes internos que presenten atención en salud de alto costo

*Contratación del personal de atención y administración de servicios de salud a nivel intramural. Su objetivo es contar con el personal médico y administrativo que permita brindar una atención eficiente de los servicios de salud en nivel I intramural. La meta es contratar el 100% de los funcionarios en el área de sanidad.*

## RECOMENDACIONES

Sensibilizar e involucrar a los funcionarios de la Dirección de EPMSC de Acacias en la dinámica que implica establecer y redireccionar los planeamientos estratégicos que se establecen en el marco de mejoramiento estratégico del presente estudio. Igualmente, es indispensable que la alta dirección facilite la posibilidad de gestionar los procesos misionales, organizacionales y de apoyo en las áreas que conforman la Unidad de Sanidad, con el propósito de mejorar su efectividad.

La institución en el área de sanidad debe contar con personal capacitado que permita desarrollar las funciones específicas en cada uno de los servicios de salud que se establecen a nivel intramural, generando efectividad en el desarrollo de sus procesos y satisfacción al usuario final.

Es importante que la Institución desarrolle un plan de alianzas estratégicas con laboratorios farmacéuticos con el fin de adquirir beneficios en la adquisición de los medicamentos.

Se han definido claramente las acciones a seguir en el proceso de implementación de las diversas estrategias. Sin embargo, es preciso que la Dirección del Penal dentro del proceso de mejora continua, evalúe permanentemente los resultados y acompañamiento al plan de mejoramiento, utilizando como herramientas estratégica (como el Balance Score Card) para hacer seguimiento, a la consecución de los objetivos y evaluación del proceso respectivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] Procuraduría General de la Nación. (2012) *Informe de la Procuraduría a la Cárcel de Acacias Visita Sorpresa de 6 de Marzo de 2012*. Disponible en <http://www.notillano.com/index.php/meta/38-meta/3643-visita-sorpresa-de-la-procuraduria-a-la-carcel-de-acacias-se-agudizan-problemas-de-salud-en-los-internos>
- [2] Diario El Nuevo Siglo. (2012) *La Crisis carcelaria*. Artículo publicado el 1° de agosto de 2012. Disponible en: <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/8-2012-la-crisis-carcelaria.html>
- [3] Jaramillo Ángel Claudia Y Benjumea Rincón María (2007) *Hacia la Promoción de la Salud. Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de Manizales*. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a08.pdf>
- [4] Corte constitucional de Colombia. *Sentencia C-252 de 16 de abril de 2010. Decreto legislativo de desarrollo de estado de emergencia social en materia de salud-vigencia temporal*. Disponible en: <http://acontable.com/normatividad/sentencias/8223-decreto-declaratorio-estado-emergencia-materia-salud.html>
- [5] Defensoría del Pueblo (2005) *Informe sobre prestación de servicios de salud en centros Penitenciarios y carcelarios de Colombia*. Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria. Bogotá. Disponible en: [http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe\\_120.pdf](http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_120.pdf)
- [6] Kauffman González, S. H. (2003). *Construcción de un modelo de Planeación Estratégica Universitaria*. IIESCA. Universidad Veracruzana.

- [7] Restrepo Puerta, Luís Fernando y Rivera Rodríguez, Hugo Alberto. (2008) *Análisis Estructural de Sectores Estratégicos*. 2 ed. Colombia. Editorial Universidad del Rosario, 238.p.
- [8] Bateman Thomas S y Snell Scout A. (2001). *Administración: una ventaja competitiva*. Irving McGraw Hill. México.
- [9] Goosdtein Leonard D -Timothy M. Nolan-J. William Pfeiffer. (2004) *Planeación Estratégica Aplicada*, Mc Graw-Hill.
- [10] Restrepo Puerta, et al. Óp. cit. 2008
- [11] Castaño Germán Albeiro, (2001) *Adaptación: Escuelas de pensamiento en la dirección Estratégica*, Facultad de ciencias y administración Universidad Nacional.
- [12] Pardo del Val Isabel (2005) *Management Estratégico*, ESIC Editorial, 2005.
- [13] David, Fred R. (2003) *Conceptos de Planeación Estratégica*. Prentice-Hall Hispanoamérica, S.A 9ª Ed. 2003.
- [14] David, Fred R. (2003) Óp. cit.
- [15] Pardo del Val Isabel Óp. cit. 2005.
- [16] Kauffman González, S. H. et al. (2005). *Modelo general de planeación mercadológica*. IIESCA. Universidad Veracruzana.
- [17] Hitt Michael A. Ireland, R. Duane. Hoskisson, Robert E. (2008) *Administración Estratégica. Competitividad y globalización. Conceptos y casos*. Thomson. Séptima Edición. 2008
- [18] Álvarez García, I. (2002). *Planificación y desarrollo de proyectos sociales y educativos*. Editorial Limosa, México.
- [19] Álvarez, (2002), Op.cit. p. 25
- [20] López Salazar Alejandra (2007) *La planeación estratégica en la pequeña y mediana empresa: una revisión bibliográfica* en International Journal of Management, vol. 11, núm. 4, pp. 928-939.
- [21] Colón, Renato Dimitri y Rodríguez Salvador Ángel. (2005). *Planeación estratégica*. Recuperado el 20 de agosto de 2008 del sitio Web

Monografías.com.

<http://www.monografias.com/trabajos14/planeacionestr/planeacionestr.shtml>

- [22] Bateman Thomas S y Snell Scout A. (2001) Op. cit.
- [23] Banco Interamericano de desarrollo (BID) y Centro Interamericano de Administraciones Tributarias (CIAT) (1999-2002). *Planeación Estratégica. Prototipo 2.*
- [24] Kauffman González, S. H. (2003). Op.cit.
- [25] Gregory G. & Dess, G.T. Lumpkin, (2003) *Dirección estratégica: creando ventajas competitivas.* McGraw-Hill.
- [26] Ballesteros Díaz Bernardo (2007) *Planeación Estratégica Guía Didáctica y Modulo.* Fundación Universitaria Luís Amigó Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables. Medellín. Disponible en:<http://www.funlam.edu.co/administracion.modulo/NIVEL-05/PlaneaciónEstratégica.pdf>
- [27] UNA Universidad Nacional Agraria (2011) *Guía Metodológica Para La Planificación Estratégica Institucional* Managua, mayo Disponible en: <http://blog.una.edu.ni/pei-una-nicaragua/files/2011/08/Guia-Metodologica.pdf>
- [23] Shapiro J. (2004); *Herramientas de Planificación Estratégica.* Disponible en [www.civicus.org/new/media/Planificacion%20strategica.pdf](http://www.civicus.org/new/media/Planificacion%20strategica.pdf) f, [consultada el 5 de Octubre de 2012].
- [24] Hitt, et, al. (2008) Óp. cit.
- [30] CEPAL (2010) *Planificación Estratégica y Construcción de Indicadores de Desempeño en Organismos Públicos,* Roberto Jiménez Consultor ILPES/CEPAL.
- [30<sup>a</sup>] Gregory. & Dess, (2003) óp. cit.
- [31] Naciones Unidas, (1992) *Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión,* adoptado por la Asamblea General mediante la resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/detencion.htm> [2]

- Echeverría Ossa, Bernardo. Custodia de las prisiones en Colombia. Bogotá: Publicaciones de la Escuela Penitenciaria Nacional, 1992.
- [32] Sampedro Arrubla Julio Andrés. (1998) *Apuntes sobre la resocialización en el sistema penitenciario colombiano*. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, Nº. Extra 12, 1998 (Ejemplar dedicado a: IV Coloquio Internacional "Interrogantes penitenciarios en el quincuagésimo aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos"), págs. 107-112. ISSN 0210-9700.
- [33] INPEC. (1996) Sistema Progresivo Penitenciario. Memorias Primer Seminario Internacional. 1996.
- [34] Sampedro Arrubla J. (1998) Óp. Cit.
- [35] INPEC. (1996). Op.cit.
- [36] Ministerio de Justicia y del Derecho. Ley 65 de 1993, Código Penitenciario y Carcelario. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 1993.
- [37] González, J. y Saffon, M. (2010) *Ni un preso más sin cupo*. Igualitaria, Centro de Estudios sobre Democracia y Constitucionalismo. Disponible en: <http://igualitaria.org/juan-g-bertomeu-maria-p-saffon-ni-un-presomassin-cupo/>
- [38] Castañeda Villacob Franklin (2011) *El sistema carcelario en Colombia y los derechos de las personas privadas de la libertad*. En Revista Semana.7 de Octubre de 2011. Disponible en: <http://www.semana.com/opinion/carcel-colombia-modelo-entre-apertura-aislamiento/165357-3.aspx>
- [39] El estado de cosas *inconstitucional* se declara cuando el Estado no ha satisfecho los parámetros mínimos de garantía de los Derechos Humanos. En el caso específico de los centros de reclusión del país, la Corte Constitucional consideró en 1998 que las condiciones de garantía mínimas en términos de Derechos Humanos, eran incumplidas. Vargas J. (2003): *La garantía de la dimensión objetiva de los derechos fundamentales y labor del juez constitucional colombiano en sede de acción de tutela: El llamado estado de cosas inconstitucional. Estudios constitucionales*.

- [40] Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Oficina en Colombia (2001) *Informe Centros de Reclusión en Colombia: Un Estado de Cosas Inconstitucional y de Flagrante Violación de Derechos Humanos* Federico Marcos Martínez (Costa Rica) Morris Tidball-Binz (Argentina) Raquel Z. Yrigoyen Fajardo (Perú) Bogotá, D.C., Colombia octubre de 2001
- [41] Polo Rivera J, Bohórquez Patiño R, Monsalve Correa S. y Escobar Behar V. (2011). *Realidades disparatadas del sistema carcelario. Un análisis de los traslados en Colombia*. Universidad de Antioquia. Área de investigación de la Fundación Comité de Solidaridad con los Presos Políticos, Seccional Antioquia. Correo electrónico: [investigacion.cspp@gmail.com](mailto:investigacion.cspp@gmail.com)
- [42] CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación (2004). *CONPES 3277 Estrategia para la expansión de la oferta nacional de cupos penitenciarios y carcelarios*. Bogotá, marzo. Disponible en <http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes/3277.pdf>
- [43] CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación (2010). *CONPES 3575 Estrategia para la expansión de la oferta nacional de cupos Penitenciarios y carcelarios - seguimiento a los CONPES 3277 de marzo 2004 y 3412 de marzo de 2006*. Bogotá, Marzo Disponible en <http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes/3575.pdf>
- [44] DNP Departamento Nacional de Planeación (2011) *Crecimiento de la población reclusa y el hacinamiento en Colombia en perspectiva comparada*. Diego Londoño. Documento elaborado por la Subdirección de Justicia y Gobierno de la Dirección de Justicia, Seguridad y Gobierno del DNP. Bogotá, octubre. Disponible en [http://www.dotec-colombia.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=8857&Itemid=15](http://www.dotec-colombia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=8857&Itemid=15)

- [45] ILANUD Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente Pagina Web: <http://www.ilanud.or.cr/> [consultada el 01 de noviembre de 212]
- [46] DNP Departamento Nacional de Planeación (2010) *Plan de construcción, dotación y mantenimiento de Establecimientos de reclusión de orden nacional* Disponible en: [https://spi.dnp.gov.co/App\\_Themes/SeguimientoProyectos/ResumenEjecutivo/0064004930000.pdf](https://spi.dnp.gov.co/App_Themes/SeguimientoProyectos/ResumenEjecutivo/0064004930000.pdf)
- [47] Diario Universal. (2011) *El INPEC tiene un atraso de 17 años*. Entrevista al general Gustavo Adolfo Ricaurte, director Inpec por Alejandra Bonilla Mora y Miguel André Garrido |Publicado el 10 de enero de 2011 - 12:01 am. Disponible en <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/actualidad/el-inpec-tiene-un-atraso-de-17-a%C3%B1os-3468>
- [48] Radio Santafé (2012) *Emergencia carcelaria debe ser decretada por el Gobierno*: Entrevista radial a Iván Cepeda, vicepresidente de la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara de Representantes. Julio 27, 2012 11:11 am Disponible en: <http://www.radiosantafe.com/2012/07/27/emergencia-carcelaria-debe-ser-decretada-por-el-gobierno-ivan-cepeda/>
- [49] La Reforma a la Justicia fue un polémico proyecto de acto legislativo presentado por el Gobierno Nacional al Congreso de la República de Colombia, con el cual se pretendía modificar la Constitución de 1991 en los artículos relacionados con la administración de justicia. Fue aprobada por el Congreso el 20 junio de 2012 y generó fuertes críticas por parte de la sociedad civil, algunos medios de comunicación y diferentes ONG, por los beneficios que otorgaba a los parlamentarios. Debido a la presión ejercida por la opinión pública, el presidente Juan Manuel Santos decidió objetar su aprobación y convocar al Congreso a sesiones extraordinarias con el fin de revocarla. Finalmente, el día 28 de junio de 2012 el Congreso decidió hundir el proyecto de acto legislativo que había sido aprobado La aprobación de la Reforma y las críticas que suscitó, produjeron la dimisión del ministro de

Justicia Juan Carlos Esguerra. Disponible en:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Reforma\\_a\\_la\\_justicia\\_\(Colombia\\_2012\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Reforma_a_la_justicia_(Colombia_2012))

- [50] Entrevista al general Gustavo Adolfo Ricaurte, director Inpec. Óp. Cit.
- [51] DNP Departamento Nacional de Planeación (2011) *Crecimiento de la población reclusa y el hacinamiento en Colombia en perspectiva comparada* Óp. Cit.
- [52] Diario El Tiempo (2012) *El hacinamiento se sumó la crisis de salud en 110 cárceles del país*. Publicado en 03 de septiembre de 2012. Disponible en:  
[http://www.eltiempo.com/justicia/ARTICULO-WEB-NEW\\_NOTA\\_INTERIOR-12191842.html](http://www.eltiempo.com/justicia/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12191842.html)
- [53] ILANUD. *Instrumentos y directrices internacionales pertinentes a una gestión carcelario eficaz, el VIH y el SIDA*. Recuperado en Octubre 20 de 2011 de  
<http://www.ilanud.or.cr/Instrumentos%20HIV.pdf> [Consultado en 20 Octubre de 2012
- [54] Constitución Política de Colombia (1991) Artículos 13 y 49. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>  
[Consultado en 20 Octubre de 2012
- [55] Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia T-596 de 1992*
- [56] Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia T-535 de 1998*
- [57] Corte Constitucional de Colombia, *Sentencias T-606/98 y T-0607/98*
- [58] Mantilla, A., León, P. & Pfeiffer, C. (2003). *Estudio de antecedentes del Sistema Penitenciario y Carcelario Colombiano*. Bogotá: Oficina de Asistencia Técnica Legislativa: Congreso de la República de Colombia.
- [59] Defensoría del Pueblo (2003) *Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia*. Disponible en:  
[http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe\\_105.pdf](http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_105.pdf) [Consultado en 20 Octubre de 2012].
- [60] Ministerio de la protección Social. *Ley 1122 de 2007*. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones.

Disponible en:  
[http://www.cngfcolombia.org/images/archivos/normatividad\\_70.pdf](http://www.cngfcolombia.org/images/archivos/normatividad_70.pdf) Consultado en 21 Octubre de 2012].

- [61] Ministerio de Protección Social. *Decreto número 1141 de 2009*, por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- [62] Superintendencia de salud. *Contrato de Aseguramiento No. 1172 del 22 de julio de 2009 entre CAPRECOM y el IMPEC* Disponible en:  
[http://www.contratos.gov.co/archivospuc1/2010/DA/119010000/10-12-313324/DA\\_PROCESO\\_10-12-313324\\_119010000\\_1575305.PDF](http://www.contratos.gov.co/archivospuc1/2010/DA/119010000/10-12-313324/DA_PROCESO_10-12-313324_119010000_1575305.PDF)
- [63] La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado. La UPC-Subsidiada, UPC-S, es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno. Ese valor es definido actualmente por la Comisión de Regulación en Salud-CRES y hoy en día, el Acuerdo N° 19 de 2010 es el acuerdo vigente en esta materia. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/>
- [64] COMPEL 3704 (2011) *Garantía de la nación a la caja de previsión social de comunicaciones -CAPRECOM – por un periodo máximo de un año para contratar operaciones de crédito público interno con la banca comercial hasta por \$120.000 millones, destinados al pago de obligaciones a favor de proveedores y prestadores de bienes y servicios de salud.*
- [65] Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Oficio 17793 del 24 de junio de 2011 Recursos para garantizar viabilidad financiera al Contrato INPEC\_CAPRECON. Disponible en:  
[http://servoaspr.imprenta.gov.co/diariop/diario2.pdf?v\\_numero=47.232](http://servoaspr.imprenta.gov.co/diariop/diario2.pdf?v_numero=47.232)
- [66] INPEC (2010) *Manual Técnico para la prestación de servicios de salud entre CAPRECOM y el Inpec.* Disponible en:

[http://www.inpec.gov.co/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob\\_page.show? docname=2890066.PDF](http://www.inpec.gov.co/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show? docname=2890066.PDF)

- [67] Diario el Tiempo (2011) *Inpec no es fuente de financiación de CAPRECOM: Vargas Lleras*. Publicación eltiempo.com Sección Justicia. Fecha de publicación: Junio 1 de 2011 Disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/inpec-no-es-fuente-de-financiacion-de-CAPRECOM-vargas-lleras/20110601/nota/1482469.aspx>
- [68] Diario el Tiempo (2011) *Inpec reclama mejor atención de CAPRECOM, la EPS para los presos*. Publicación eltiempo.com Sección Justicia. Fecha de publicación 27 de mayo de 2011 Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9467744>
- [69] Diario el Tiempo (2011) *El Gobierno le quitará a CAPRECOM contratos de salud en cárceles* Publicación eltiempo.com Sección Justicia. Fecha de publicación 27 de mayo de 2011 Disponible en: <http://m.eltiempo.com/justicia/CAPRECOM-admite-que-por-iliquidez-fall-en-el-servicio-en-las-crceles/9684545>
- [70] Caracol Radio (2012). *Investigan a CAPRECOM por tercerizar la prestación de servicios de salud en las cárceles Entrevista a la Contralora Sandra Morelli*. Caracol | Agosto 2 de 2012 Disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/judicial/investigan-a-CAPRECOM-por-tercerizar-la-prestacion-de-servicios-de-salud-en-las-carceles/20120802/nota/1734162.aspx>
- [71] Universidad de los Andes. (2012) *Propuesta para transformar el sistema penitenciario colombiano*, Relatoría de Prisiones de la Universidad de los Andes. Disponible en: <http://www.uniandes.edu.co/component/content/article/826-liberar-las-carceles>
- [72] Caracol Radio (2012). *Gobierno pedirá que 20 mil presos tengan casa por cárcel. Entrevista a la Ministra de Justicia, Ruth Stella Correa*. Caracol | Agosto 2 de 2012. Disponible en:

<http://www.caracol.com.co/noticias/judicial/gobierno-pedira-que-20-mil-presos-tengan-casa-por-carcel/20120802/nota/1734653.aspx>

- [73] Diario El Espectador (2012) *Presupuesto para Inpec bajaría en 2013 pese a crisis carcelaria*. Publicado por Elespectador.com 15 agosto de 2012. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/politica/articulo-367597-presupuesto-inpec-bajaria-2013-pese-crisis-carcelaria>
- [74] Defensoría del Pueblo (2010) *Informe Sobre Ejecución Decreto 1141 De 2009. Sistema de Seguridad Social en Salud en Centros Penitenciarios Y Carcelarios*. Disponible en [http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe\\_154.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_154.pdf)
- [75] CAPRECOM Respuesta a interrogantes en prestación de servicios de salud del Contrato CAPRECOM-IMPEC (2012) Disponible en: <http://www.CAPRECOM.gov.co/contratos/docscontratos/REQUERIMIENTO%20RENALES.PDF>
- [76] Ministerio de Protección Social. *Resolución 366 del 28 de Enero de 2010 Por la cual se definen algunas condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, y se dictan otras disposiciones*. Disponible en: [http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2010/47610/rmps\\_0366\\_2010.html](http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2010/47610/rmps_0366_2010.html)

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **CONDICIONES DEL SERVICIO DE SALUD ENTRE CAPRECOM E INPEC**

#### **ASPECTOS RELEVANTES DEL MANUAL TECNICO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

La atención de primer nivel de atención se prestara en la institución a nivel intramural, No requiere autorización por parte de CAPRECOM, la asignación de las citas médicas y odontológicas, que se prestará en forma intramural en aquellos Establecimientos de Reclusión que cuenten con la disponibilidad del recurso humano tecnológico y físico, servicios que estarán coordinados técnica como administrativamente por CAPRECOM.

Los servicios de segundo nivel de complejidad requieren autorización de CAPRECOM los cuales se autorizarán de conformidad con la normatividad vigente y lo dispuesto en el presente Manual de Atención en Salud.

De la misma manera los servicios de tercer nivel de complejidad requieren de autorización de CAPRECOM, los cuales se autorizarán de conformidad con lo previsto en la normatividad vigente.

La atención de segundo nivel ambulatorio y hospitalario se encuentra contratada con los hospitales de la red pública que se encuentran habilitados para prestar dichos servicios, los servicios que no estén ofertados por estas instituciones no podrán ser subcontratados, CAPRECOM deberá contratar directamente con prestadores de servicios de salud privada.

Las actividades de promoción y prevención se garantizarán mediante la conformación de brigadas que organice CAPRECOM al interior de los Establecimientos de Reclusión y la contratación por parte de CAPRECOM de los servicios de salud con los hospitales públicos, establecimientos y puestos de salud en cada uno de los municipios en los que se encuentran ubicados los usuarios.

### Servicios Básicos Según Nivel De Servicios

Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	Tercer nivel de atención
<p>Servicios básicos de salud y las atenciones a realizar son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La atención básica de primer nivel y las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de las enfermedades de interés en salud pública que se encuentran normadas bajo las Resoluciones 3384 del 2000, la Resolución 412 de 2000 y el acuerdo 117 de 1998.</li> <li>2. La atención ambulatoria de primer nivel definidas en los artículos 91 al 103 de la resolución 5261 de 1994 que corresponden a las definiciones y responsabilidades del POS y al desarrollo del POS en el primer nivel de complejidad.</li> <li>3. La atención hospitalaria de menor complejidad definida en los artículos 103 al 104 de la resolución 5261 de 1994.</li> <li>4. La atención de parto vaginal o cesárea para la gestante.</li> <li>5. En planificación familiar incluye la consulta de primera vez por medico, consulta de control por medico, aplicación del DIU, ligadura de Trompas de Falopio, entrega de anticoncepción oral,</li> </ol>	<p>En estos niveles se prestan las especialidades básicas como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, entre otros (Segundo Nivel) y otros servicios de salud especializados como dermatología, endocrinología, otorrinolaringología, cirugía pediátrica entre otros (Tercer Nivel) y las atenciones a realizar son:</li> <li>2. Atención ambulatoria de segundo y tercer nivel de atención correspondiente a la atención integral en Gineco-obstetricia y pediatría para la materna y el menor de 3 años respectivamente.</li> <li>3. Consulta de oftalmología y optometría de grupos de edad definidos</li> <li>4. Consulta de estrabismo y cataratas.</li> <li>5. Consulta y Atención integral de traumatología, ortopedia, fisiatría y terapia física y atención necesaria para la rehabilitación funcional.</li> <li>6. Atención hospitalaria de mayor complejidad definida como la atención medico quirúrgica para patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, menores de 3 años.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades y procedimientos de Cardiología y Hemodinámica para diagnóstico, control y tratamiento en los casos que se requieran, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.</li> <li>2. Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en el artículo 56 de la Resolución 5261 de 1994.</li> <li>3. Atención de las afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica, bien sea por Neurocirugía o por Ortopedia y</li> </ol>

Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	Tercer nivel de atención
<p>anticonceptivos de emergencia y vasectomía en caso de la población masculina (procedimientos de segundo nivel de complejidad del POSS).</p> <p>6. No requiere autorización por parte de CAPRECOM, la asignación de las citas médicas y odontológicas, que se prestará en forma intramural en aquellos Establecimientos de Reclusión que cuenten con la disponibilidad del recurso humano tecnológico y físico, servicios que estarán coordinados técnica como administrativamente por CAPRECOM.</p> <p>7. En aquellos lugares que no se cuente con este recurso se prestará a través del hospital local o IPS con las que tenga contrato CAPRECOM. El usuario podrá acceder a los servicios de consulta de medicina general, odontología, promoción y prevención, laboratorio clínico de baja complejidad, en los hospitales locales, la consecución de las citas se hará por parte del personal del INPEC, garantizando la seguridad tanto de los población interna como de los profesionales, así como el cumplimiento de las citas asignadas.</p>	<p>7. Atención hospitalaria de mayor complejidad definida como intervenciones quirúrgicas de apendicetomía, colecistectomía, histerectomía, y herniorrafias inguinal, crural y umbilical.</p> <p>8. Atención Hospitalaria de mayor complejidad para los casos de estrabismo y cataratas.</p>	<p>Traumatología.</p> <p>4. Casos de paciente clasificado como Gran Quemado, entendiéndose como tal:  - Con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal.  - Con quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies, independientemente de su extensión.  - Actividades, procedimientos e intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria.</p> <p>5. Casos de infección por VIH: El Plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el síndrome y sus complicaciones.</p> <p>6. Casos de pacientes con Cáncer: La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con cáncer.</p>
<p>Atención por médico especialista sin hospitalización:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A niños menores de 3 años con riesgos o complicaciones.</li> <li>2. A mujeres embarazadas con complicaciones.</li> <li>3. A menores de 20 años y mayores de 60 consulta con oftalmólogo y optómetra, sí se</li> </ol>	<p>Atención por médico especialista con hospitalización:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Embarazada con riesgos y complicaciones antes o después del parto.</li> <li>2. Menor de 3 años con cualquier complicación.</li> <li>3. Recién nacido de alto riesgo.</li> <li>4. Evacuación por aspiración del útero para</li> </ol>	

Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	Tercer nivel de atención
<p>requieren lentes y monturas por un valor igual al 10% de un salario mínimo legal mensual vigente.</p> <p>4. A todas las edades por Ortopedia y Traumatología para enfermedades de los huesos y articulaciones.</p> <p>5. A menores de 3 años con estrabismo que requieran atención médico quirúrgica.</p> <p>6. A quienes requieran atención médico-quirúrgica por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cataratas.</li> <li>-Medicamentos.</li> <li>-Material médico-quirúrgico</li> <li>-Vendas de yeso.</li> <li>-Rehabilitación de cualquier enfermedad.</li> </ul>	<p>terminación del embarazo” como alternativa a la técnica de legrado o curetaje que ya está incluido en el Plan Obligatorio de Salud para los casos que prevé el Acuerdo 350 de 2007.</p> <p>5. Menores de tres (3) años con estrabismo que requieran atención médico quirúrgica.</p> <p>6. Quienes requieran atención médico-quirúrgica por cataratas.</p> <p>7. Quienes requieran cirugías de apéndice, vesícula y hernia umbilical, inguinal o crural.</p> <p>8. Mujeres que requieran cirugía de matriz por causa diferente al cáncer.</p> <p>9. Quienes requieran atención en traumatología y ortopedia.</p> <p>10. Quienes requieran de rehabilitación.</p> <p>11. Servicios de hospitalización en habitación compartida</p> <p>12. Medicamentos.</p> <p>13. Material médico quirúrgico.</p> <p>14. Exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas.</p>	

### Acciones de Promoción Prevención y atención de enfermedades

Acciones de promoción	Acciones de prevención	Atención de enfermedades de interés en salud pública
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover la salud sexual y reproductiva.</li> <li>-Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes</li> <li>Promover la salud en la tercera edad.</li> <li>-Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.</li> </ul>	<p>Para el caso de la población interna se aplica a partir de los 18 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Acciones de prevención de riesgos que amenazan la salud. (Métodos de barreras, de anticoncepción vasectomía)</li> <li>-Consulta de primera vez por medico</li> </ul>	<p>Por medio del Decreto 3518 de 9 de Octubre de 2006 se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud Pública las cuales se encuentran inmersas dentro del Acuerdo 117 de 1998 y son de obligatorio cumplimiento y</p>

Acciones de promoción	Acciones de prevención	Atención de enfermedades de interés en salud pública
<p>-Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud. Dada la limitación del derecho de asociación para la población interna se restringe la conformación de Organizaciones y alianzas de usuarios, quedando establecido que la participación se hará a través del representante de patio.</p> <p>-Promover la salud oral y preventiva.</p>	<p>general y de control por médico para planificación familiar, detección de alteraciones del desarrollo del joven y detección de alteraciones del adulto</p> <p>-Examen físico por parte de un médico general.</p> <p>-Exámenes de laboratorio (Uroanálisis, la creatinina sérica, glucosa en suero LCR u otros fluidos, perfil Lipídico). Control Placa bacteriana.</p> <p>-Salud Oral: Control de placa bacteriana, Aplicación de flúor entre las edades de 18 - 19 años, detratraje supragingival en mayores de 18 años con una frecuencia de 2 veces al año.</p> <p>-Prevención e Identificación de maltrato físico, psíquico, verbal o sexual.</p> <p>-Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.</p> <p>-Medición de la Agudeza Visual –Optometría a los 45 años.</p> <p>-Consulta de primera vez por Medicina especializada por Oftalmología a los 55, 65 75,80 y 85.</p> <p>Mujeres: Además de las coberturas anteriores, tiene derecho a:</p> <p>-Diagnóstico temprano del embarazo.</p> <p>-Control prenatal.</p> <p>-Medicamento y complemento nutricional si lo requiere.</p> <p>-Vacunas contra tétano y difteria.</p> <p>-Curso de preparación para parto.</p> <p>-Examen físico de seno</p> <p>-Citología cervicouterina</p> <p>-Inserción de dispositivo intrauterino</p>	<p>notificación.</p> <p>-Bajo peso al nacer.</p> <p>-Alteraciones asociadas a la nutrición</p> <p>-Infección respiratoria aguda (Menores de cinco años).</p> <p>-Enfermedad diarreica aguda.</p> <p>-TBC.</p> <p>-Meningitis.</p> <p>-Asma Bronquial.</p> <p>-Síndrome convulsivo.</p> <p>-Fiebre reumática.</p> <p>-Vicios de refracción, estrabismo y Cataratas.</p> <p>-Enfermedades de Transmisión sexual (Infecciones gonocócicas, Sífilis, VIH/SIDA).</p> <p>-Hipertensión arterial.</p> <p>-Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al Embarazo.</p> <p>-Diabetes juvenil.</p> <p>-Lesiones preneoplasicas de cuello uterino.</p> <p>-Lepra.</p> <p>-Malaria.</p> <p>-Dengue.</p> <p>-Leishmaniasis cutánea y visceral.</p> <p>-Fiebre amarilla.</p>

Acciones de promoción	Acciones de prevención	Atención de enfermedades de interés en salud pública
	<p>anticonceptivo - DIU (incluye el dispositivo).</p> <p>-Suministro de anticonceptivos hormonales orales.</p> <p>-Consulta de primera vez por medico para planificación familiar, alteraciones del joven, detección temprana de alteraciones del embarazo; detección de alteraciones del adulto.</p> <p>-Control prenatal por Medico y enfermera.</p> <p>-Suministro de multivitamínicos si lo requiere.</p> <p>-Laboratorios (Hemograma completo, hemoclasificación, perfil Lipídico y la creatinina Sérica, los exámenes de glucosa en suero, Uroanálisis, LCR u otros fluidos para la detección de alteraciones del embarazo y alteraciones del adulto)</p> <p>-Citología cervicouterina (Toma y lectura).</p> <p>-Colposcopia y Biopsia (toma y lectura cuando se requiera).</p> <p>-En planificación familiar incluye la consulta de control por medico, aplicación del DIU, ligadura de Trompas de Falopio, entrega de anticoncepción oral, anticonceptivos de emergencia.</p> <p>Para el caso de la población interna se amplía a la edad a tres (3) años.</p> <p>-Examen físico por parte de médico general.</p> <p>-Control de crecimiento y desarrollo.</p> <p>-Revisión de ojos y oídos.</p> <p>Profilaxis</p> <p>-Aplicación de flúor amalgamas y sellantes.</p> <p>-Vacunas.</p> <p>-Identificación de malformaciones congénitas y su respectiva remisión para</p>	

Acciones de promoción	Acciones de prevención	Atención de enfermedades de interés en salud pública
	tratamiento oportuno. -Consulta de primera vez por medico, consulta de control por enfermera para la detección de las alteraciones de crecimiento y desarrollo). -Vacunación contra el BCG, HB, DPT, Antipolio, Influenza tipo B, Triple Viral. -Control de placa bacteriana.	

Establecimientos de Reclusión con Servicios de Salud Intramural.

CAPRECOM prestará los servicios de salud a nivel intramural en los Establecimientos de Reclusión del INPEC que cuenten con la infraestructura y el recurso humano, previa determinación de las áreas de sanidad habilitables por parte del INPEC y CAPRECOM

Los demás servicios se prestaran a través de la red de prestadores contratada por CAPRECOM conformadas por instituciones y personas acreditadas por autoridad competente para desempeñarse como prestadores de servicios de salud.

En el caso de que un paciente necesite un servicio que no existe en la localidad de la atención, será remitido al punto de atención de la red de mayor complejidad más cercano.

#### Proceso Básico Para Acceso A Servicios

El acceso a los servicios POS S se hará siempre por el primer nivel o por el servicio de urgencias, para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional de la medicina utilizando Anexo técnico No 3 de la resolución 3047 del 2008 o el formato de referencia y contrarreferencia el cual debe contener identificación del usuario, resumen de la historia clínica, diagnósticos presuntivos, tratamientos y resultados de ayudas

diagnosticas previamente realizadas, el motivo de la remisión y la especialidad o servicio al que se remite. Para ser tramitada ante CAPRECOM la autorización o negación según normatividad vigente

#### Desplazamiento

El traslado de pacientes que requieren servicios de carácter ambulatorio programado estará a cargo del INPEC. El desplazamiento de pacientes que requieren traslado de urgencia desde los Establecimientos de Reclusión a instituciones hospitalarias será responsabilidad de CAPRECOM con la participación del INPEC dadas las condiciones especiales de seguridad de los pacientes.

#### Atención de Urgencias

Entendiendo que URGENCIA es la alteración de la integridad física, funcional y /o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de los servicios de salud a fin de preservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras, la atención inicial de urgencias es según el acuerdo 008 del 2009: la prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud. Las acciones a realizar son:

Actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la estabilización de los signos vitales.

Realización de un diagnostico presuntivo.

Definición de destino inmediato de la persona con patología de urgencia teniendo como base el nivel de atención inicial de urgencias de acuerdo a la normatividad vigente.

Se aplicaran lo siguiente:

La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos tecnológicos, materiales y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos para las personas que los requieran.

El contratista garantizara el servicio de urgencias 24 horas al día a través de la red de prestadores contratada quienes garantizaran la disponibilidad de las especialidades existentes en la institución sin importar el nivel de complejidad durante las 24 horas del día para brindar la atención inmediata para los casos que se requieran.

CAPRECOM debe suministrar el medio de transporte en los casos que deba ser trasladado el usuario.

#### Estructura Administrativa

CAPRECOM y el INPEC deberán contar con un recurso humano que permita la atención de los usuarios. Para lograr el buen funcionamiento del Servicio de Información y Atención al Usuario se debería contar con el siguiente personal.

#### Recurso Humano

Un coordinador responsable: Este profesional debe encargarse de la administración técnica y administrativa del Sistema de Salud para la población interna a cargo del INPEC sirviendo de enlace entre las directivas del INPEC y de CAPRECOM.

Un profesional que realice el acompañamiento del montaje y la asistencia técnica del servicio en cada Establecimiento de Reclusión.

Un auxiliar administrativo dedicado a prestar actividades de apoyo en el área, realizando labores de tipo administrativo.

A nivel de cada Establecimientos de Reclusión. Un profesional del área Social que realice las labores propias del Servicio de Atención al Usuario

#### Recursos Físicos

Un área de atención al usuario a nivel central de CAPARECOM y del INPEC y un área por cada Establecimientos de Reclusión, donde se brinde seguridad y privacidad en el cumplimiento de la labor.

Muebles, enseres y papelería necesarios para el cumplimiento de las funciones a realizar.

El área escogida para la atención al usuario debe ser de fácil acceso y contar con los medios de comunicación necesarios, tales como línea telefónica, fax, Internet.

#### Recursos Documentales

Se requiere contar con un sistema de información sistematizado y un archivo físico que cumpla con las normas mínimas de seguridad y privacidad de la información.

#### Estrategias

Equipo de Salud intramural (médico, odontólogo, enfermera).

Brigadas de Salud.

Ampliación de Coberturas en el Régimen Subsidiado.

Suficiencia de red de prestadores eventos POS-S y no POS-S.

Recurso Humano del INPEC con el fin de realizar la articulación con CAPARECOM de los diferentes procesos tanto administrativos como asistenciales.

Se requiere la conformación de un grupo interdisciplinario de profesionales al interior de la

Grupo de Salud Pública y Aseguramiento del INPEC y de algunos profesionales en cada Subdirección Operativa Regional y en cada Establecimiento de Reclusión, con el fin de realizar la articulación con CAPARECOM de los diferentes procesos tanto administrativos como asistenciales, así como, algunos recursos físicos como documentales, como sigue:

Un Abogado con conocimientos en seguridad social nivel central.

Un Auditor nivel central.

Un Auditor en cada Subdirección Operativa Regional

Un Coordinador de Salud Pública nivel central.

Un Especialista en Salud Pública en cada Subdirección Operativa Regional.

Un Especialista en Salud Pública en cada Establecimiento de Reclusión (Enfermera con especialización en salud pública o experiencia relacionada).

Una Nutricionista en el nivel central.

Una Nutricionista en cada Subdirección Operativa Regional.

#### Forma De Pago Servicios Prestados A La Población Interna

CAPRECOM cancelará al CONTRATISTA previa presentación de la cuenta de cobro por los servicios de salud habilitados contratados y efectivamente prestados a la población interna, las atenciones autorizadas a sus afiliados , por la modalidad de EVENTO, un pago anticipado equivalente al 50% del valor de la cuenta de cobro o factura presentada por el prestador mensualmente y dentro de los cinco días hábiles posteriores a su presentación, siempre y cuando CAPRECOM haya recibido los recursos por parte del INPEC, salvo por causas imputables a CAPRECOM.

De lo contrario, CAPRECOM pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de dicho pago, conforme a la Ley 1122 de 2007 y demás normas que la adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del INPEC, siempre y

cuando no se encuentren causas imputables a CAPRECOM para el no desembolso de los recursos y previamente cumpla con los requisitos establecidos para el pago.

La Auditoria Clínica concurrente, estará a cargo de los Auditores de cada regional donde se esté prestando el servicio. La radicación de cuentas de los prestadores, auditoria administrativa, médica y pago de las mismas se hará desde el nivel regional de CAPRECOM.

Estándares de oportunidad definidos en el contrato CAPRECOM-INPEC sobre cumplimiento de los servicios según nivel de atención

Nivel Servicio I	Estándar máximo	Nivel Servicio II	Estándar máximo	Servicios alto costo	Estándar máximo
Atención Consulta Externa	Hasta 5 días	Atención Especializada en Ginecoobstetricia Ambulatoria	8 días	Servicios ambulatorios de cardiología pediátrica	8 días
Medicina general	Hasta 5 días	Atención Especializada Obstetricia	5 días	Servicios cirugía cardíaca pediátrica	15 días
Atención odontología general	Hasta 5 días	Atención especializada de pediatría	8 días	Servicios ambulatorios de cardiología adultos	8 días
Atención P y P enfermería	3 días	Subespecialidades adulto	10 días	Servicios cirugía cardíaca adultos	15 días
Atención P y P salud oral	3 días	Subespecialidades pediátricas	8 días	Rehabilitación cardíaca	1 día
Atención P y P médica	3 días	Servicio oftalmología	5 días	Servicios ambulatorios de neurocirugía pediátrica	8 días
Laboratorio	3 días	Servicio de Optometría	5 días	Neurocirugía pediátrica	15 días
Servicio Radiología I Nivel	1 día	Suministro de lentes y monturas	15 días	Servicios ambulatorios de neurocirugía adultos	8 días
Ecografía	1 día	Cirugía oftalmológica	8 días	Servicios neurocirugía adultos	15 días
Entrega medicamentos	1 día	Atención Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología.	15 días	Servicios ambulatorios de nefrología pediátrica	8 días
	3 días	Atención Quirúrgica de Ortopedia y Traumatología.	8 días	Servicios diálisis y hemodiálisis pediátrica	1 día
	2 días	Artroscopia	1 día	Servicios ambulatorios de nefrología adultos	8 días
		Atención en Fisiatría	3 días	Servicios diálisis y	Inmediato
		Atención Terapia respiratoria	8 días		
		Atención otras terapias	3 días		
			8 días		

Nivel Servicio I	Estándar máximo	Nivel Servicio II	Estándar máximo	Servicios alto costo	Estándar máximo
		Cirugía General Laboratorios Especializados Colposcopia Imágenes Diagnosticas Entrega Medicamentos	5 días Máx. 48 horas	hemodiálisis adultos Atención hospitalaria gran quemado Atención ambulatoria gran quemado (cirugía plástica reconstructiva o funcional)  Atención UCI gran quemado Atención ambulatoria por infectología para VIH El suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el manual de medicamentos vigente del sistema. Laboratorio especializado IV nivel Atención ambulatoria oncológica adulto Cirugía oncológica adulto Servicios de quimioterapia adulto Servicios de radioterapia, incluyendo la teleterapia Adulto Medicamentos oncológicos Atención ambulatoria oncológica pediátrica Cirugía oncológica pediátrica Servicios de quimioterapia pediátrica Servicios de radioterapia, incluyendo la teleterapia pediátrica Atención de ortopedia para reemplazo	8 días Inmediato  8 días  Máximo 48 horas 5 días 8 días 15 días 5 días  5 días Máx. 3 días 8 días 15 días  5 días  8 días 15 días 5 días (VM)

Nivel Servicio I	Estándar máximo	Nivel Servicio II	Estándar máximo	Servicios alto costo	Estándar máximo
				articular parcial o total de cadera o rodilla ambulatoria, hospitalaria Imágenes diagnósticas de IV nivel Suministro de oxígeno (Ver medicamentos).	

Fuente Manual Técnico del INPEC

## ANEXO 2

### FOTOGRAFIAS CARCEL DE ACACIAS



Fuente:

Regional Central / Establecimiento Penitenciario de Acacias / Meta

[www.impec.org.co](http://www.impec.org.co).



**CARCEL DE ACACIAS. / Fachada**

Fuente: [www.impec.org.co](http://www.impec.org.co).

### ANEXO 3

#### ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA AL PERSONAL DIRECTIVO SOBRE PERCEPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTRATO INPEC EPMSC DE ACACIAS Y CAPRECOM

Fecha: \_\_\_\_\_  
Persona Entrevistada. \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Encuestado por: \_\_\_\_\_

1. ¿Cree Ud. que CAPRECOM garantiza la prestación de los servicios de salud en el establecimiento de reclusión que Ud. Dirige?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

2. ¿Sabe usted si la administración del establecimiento, en representación del INPEC, ha coordinado con CAPRECOM las condiciones de seguridad requeridas por la población reclusa para la prestación de los servicios de salud?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

3. ¿La administración del establecimiento carcelario está haciendo un seguimiento o auditoría al cumplimiento del contrato firmado entre el INPEC y CAPRECOM?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

4. ¿El área de sanidad del establecimiento está habilitado por el sistema obligatorio de garantía de calidad?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

5. ¿La dirección reporta a CAPRECOM las altas y bajas de internos diariamente?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

6. ¿Sabe Ud. qué trámite seguir cuando CAPRECOM incumple total o parcialmente las obligaciones pactadas con el INPEC?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

7. ¿Existe un plan especial para el oportuno acceso y traslado interno y externo de los reclusos para que sean atendidos por CAPRECOM, de acuerdo con los manuales y protocolos de seguridad que exige el INPEC?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

8. ¿Existe un plan o protocolo para agilizar el ingreso del personal y de los equipos biomédicos y tecnológicos dispuestos por CAPRECOM a las áreas de prestación de servicios de salud del establecimiento de reclusión?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

9. ¿Ya se realizó por parte de CAPRECOM la carnetización de la población reclusa de ese establecimiento?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

10. ¿CAPRECOM está realizando actualmente intervenciones quirúrgicas a la población carcelaria de ese establecimiento?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

11. ¿CAPRECOM ya entregó copia de la póliza de reaseguramiento de enfermedades de alto costo de la población reclusa o certificación de la inclusión de esta población dentro de la póliza que tenga vigente?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

12. ¿CAPRECOM ya realizó el proceso masivo de vacunación a la población de ese establecimiento carcelario?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

13. ¿Existe un plan especial para el oportuno acceso y traslado externo de los reclusos afiliados al régimen contributivo o a regímenes exceptuados de acuerdo con los manuales y protocolos de seguridad que exige el INPEC?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

14. ¿La entidad que presta el régimen subsidiado a los que se encuentran en prisión y detención domiciliaría o bajo un sistema de vigilancia electrónica, ya suscribió contrato de aseguramiento con la entidad promotora de salud del régimen subsidiado de conformidad con lo estipulado en el artículo 8 del Decreto 1141 de 2009?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

15. ¿Se provee a los internos oportunamente con los medicamentos recetados?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

16. ¿Hay oportunidad en la asignación de citas con especialistas?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

17. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de médico?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

18. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de odontología?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

19. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de farmacia?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

20. ¿Considera que en el establecimiento de reclusión que Ud. atiende, se está prestando un óptimo servicio de salud?

SI	NO	No sabe / No responde
Comentarios		

## ANEXO 4

### ENCUESTA DIRIGIDA A LOS INTERNOS DEL EPMC DE ACACIAS

### PERCEPCION DE LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Fecha: \_\_\_\_\_

Interno entrevistado. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Pabellón: \_\_\_\_\_

Encuestado por: \_\_\_\_\_

¿Cómo considera la calidad del servicio que se presta el Penal de Acacias por cada uno de los servicios de salud?

#### 1. Atención de consulta médica

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

#### 2. Atención de Enfermería

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

#### 3. Odontología

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

#### 4. Atención médica nocturna

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

#### 5. Atención de Consulta al sicólogo

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

#### 6. Atención de Exámenes de laboratorio

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

7. Atención de Exámenes de la vista

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

8. El servicio de entrega de medicamentos

Bueno	Regular	Malo	No sabe / No responde

9. Las condiciones higiénicas de celdas, pasillos y patios

Buenas	Regulares	Malas	No sabe / No responde

10. Las condiciones locativas de la enfermería

Buenas	Regulares	Malas	No sabe / No responde

11. Condiciones locativas de la odontología

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

12. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes que afecta a los internos en su patio o pabellón? Enumérelas de 1 a 6 según la más crítica (más crítica= 1)

	No
• Tuberculosis	
• Varicela	
• Dengue	
• Malaria	
• Sífilis	
• VIH	
• Otros:	
•	
•	

13. Como considera en general el servicio de salud

Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde

## ANEXO 5

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA A PERSONAL DIRECTIVO

Preguntas	Director	Subdirector	Planeación	Presupuesto	Financiera	Sanidad	Valoración			
							Si	NO	NS/NR	Total
1. ¿Cree Ud. que CAPRECOM garantiza la prestación de los servicios de salud en el establecimiento de reclusión que Ud. atiende?	NO	NO	NO	NO	NO	NO		100%		100%
2. ¿Sabe usted si la administración del establecimiento, en representación del INPEC, ha coordinado con CAPRECOM las condiciones de seguridad requeridas por la población reclusa para la prestación de los servicios de salud?	SI	SI	SI	NS/NR	NO	NO	50%	33%	17%	100%
3. ¿La administración del establecimiento carcelario está haciendo un seguimiento o auditoría al cumplimiento del contrato firmado entre el INPEC y CAPRECOM?	SI	SI	NO	NS/NR	SI	NO	50%	33%	17%	100%
4. ¿El área de sanidad del establecimiento está habilitado por el sistema obligatorio de garantía de calidad?	NO	NO	NO	NO	NO	SI	17%	83%		100%
5. ¿La dirección reporta a CAPRECOM las altas y bajas de internos diariamente?	NO	SI	SI	NS/NR	SI	NO	50%	33%	17%	100%
6. ¿Sabe Ud. qué trámite seguir cuando CAPRECOM incumple total o parcialmente las obligaciones pactadas con el INPEC?	SI	SI	NO	NS/NR	NO	NO	33%	50%	17%	100%

Preguntas	Director	Subdirector	Planeación	Presupuesto	Financiera	Sanidad	Valoración			
							SI	NO	NS/NR	Total
7. ¿Existe un plan especial para el oportuno acceso y traslado interno y externo de los reclusos para que sean atendidos por CAPRECOM, de acuerdo con los manuales y protocolos de seguridad que exige el INPEC?	SI	SI	SI	NS/NR	No	NO	67%	17%	16%	100%
8. ¿Existe un plan o protocolo para agilizar el ingreso del personal y de los equipos biomédicos y tecnológicos dispuestos por CAPRECOM a las áreas de prestación de servicios de salud del establecimiento de reclusión?	SI	SI	SI	NS/NR	NO	NO	67%	17%	16%	100%
9. ¿Ya se realizó por parte de CAPRECOM la carnetización de la población reclusa de ese establecimiento	SI	SI	SI	NS/NR	SI	SI	83%	0%	17%	100%
10. ¿CAPRECOM está realizando actualmente intervenciones quirúrgicas a la población carcelaria de ese establecimiento	NO	NO	NO	NS/NR	NO	NO		83%	17%	100%
11. ¿CAPRECOM ya entregó copia de la póliza de reaseguramiento de enfermedades de alto costo de la población reclusa o certificación de la inclusión de esta población dentro de la póliza que tenga vigente?	SI	SI	SI	NS/NR	SI	NO	67%	17%	16%	100%
12. ¿CAPRECOM ya realizó el proceso masivo de vacunación a la población de ese establecimiento carcelario?	SI	SI	SI	NS/NR	SI	SI	83%	0%	17%	100%

Preguntas	Director	Subdirector	Planeación	Presupuesto	Financiera	Sanidad	Valoración			
							SI	NO	NS/NR	Total
13. ¿Existe un plan especial para el oportuno acceso y traslado externo de los reclusos afiliados al régimen contributivo o a regímenes exceptuados de acuerdo con los manuales y protocolos de seguridad que exige el INPEC?	SI	SI	SI	NS/NR	SI	SI	83%	0%	17%	100%
14. ¿La entidad que presta el régimen subsidiado a los que se encuentran en prisión y detención domiciliaría o bajo un sistema de vigilancia electrónica, ya suscribió contrato de aseguramiento con la entidad promotora de salud del régimen subsidiado de conformidad con lo estipulado en el artículo 8 del Decreto 1141 de 2009?	NO	NO	NO	NO	NO	NO		100%		100%
15. ¿Se provee a los internos oportunamente con los medicamentos recetados?	SI	SI	SI	NS/NR	SI	SI	83%	0%	17%	100%
16. ¿Hay oportunidad en la asignación de citas con especialistas?	NO	NO	NO	NS/NR	NO	NO	0%	83%	17%	100%
17. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de médico?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%			100%
18. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de odontología?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%			100%
19. ¿El establecimiento de reclusión que Ud. atiende cuenta con servicio de farmacia?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%			100%
20. ¿Considera que en el establecimiento de reclusión que Ud. atiende, se está prestando un óptimo servicio de salud?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	83%	17%		100%

ANEXO 6  
RESULTADOS DE LA ENCUESTA A INTERNOS

Preguntas	Valoración				
	Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde	Total
<b>Calidad de los servicios médicos</b>					
1. Consulta médica	15%	35%	40%	10%	100%
2. Atención en la enfermería	15%	40%	40%	5%	100%
3. Odontología	65%	26%	7%	2%	100%
4. Atención médica nocturna	10%	25%	63%	2%	100%
5. Consulta al psicólogo	15%	15%	10%	60%	100%
6. Exámenes de laboratorio	10%	40%	35%	15%	100%
7. Exámenes de la vista	30%	35%	30%	5%	100%
8. Servicio de entrega de medicamentos	20%	20%	35%	25%	100%
<b>Calidad del medio ambiente</b>					
9. Condiciones higiénicas de las celdas, pasillos y patios	85%	10%	5%	0%	100%
10. Condiciones locativas de la enfermería	75%	20%	5%	0%	100%
11. Condiciones locativas de odontología	85%	10%	0%	5%	100%
<b>Enfermedades</b>					
12. Cuáles son las enfermedades más frecuentes entre la población de internos					
Gripa	35%				
Hongos	25%				
Dolor de cabeza	19%				
Tuberculosis	10%				
Sida	8%				

Preguntas	Valoración				
	Buena	Regular	Mala	No sabe / No responde	Total
Otros	3%				
13. Como considera en general el servicio de salud	18%	28%	49%	5%	100%