DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD: UNA APROXIMACIÓN A LA DETENCION TRANSITORIA.

María Camila López Sánchez

César Castaño Reyes

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Jurídicas

Santiago de Cali

Junio de 2023

DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD: UNA APROXIMACIÓN A LA DETENCION TRANSITORIA.

María Camila López Sánchez

César Castaño Reyes

Trabajo de Grado Para Obtener el Título de Abogados.

Director: Francisco Javier Gutiérrez Suárez, PhD.

Pontificia Universidad Javeriana

Departamento de Ciencia Jurídica y Política

Santiago de Cali

Junio de 2023.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN 4

Capítulo 1. 17
DERECHO HUMANO A LA SALUD. 17
1.1 Instrumentos Internacionales. 17
1.2 Derecho a la Salud en Colombia. 24

Capítulo 2. 29
DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD. 29
2.1 Perspectiva Internacional. 29
2.2 Derecho a la Salud de los Nacionales Privados de la Libertad. 33

Capítulo 3. 37
PRIVACION DE LA LIBERTAD APROXIMACION A LA DETENCION TRANSITORIA 37
3.1. Situación Nacional en los centros de detención transitorios: 37
3.2. Situación de Santiago de Cali en los centros de detención transitorios: 46

CONCLUSIONES 51

RECOMENDACIONES 54

REFERENCIAS 55

INTRODUCCIÓN

En el panorama internacional el derecho a la salud es considerado un derecho humano fundamental, indispensable para el disfrute de la vida y el bienestar de las personas. Su garantía y protección son esenciales para permitir a los individuos llevar una vida digna. Así pues, está relacionado con otros derechos humanos, como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, la igualdad y el acceso a la información.

El derecho a la salud comprende aspectos como el acceso a servicios de atención médica de calidad; la provisión de condiciones de vida adecuadas, como agua potable, saneamiento básico y la participación e información en temas relacionados con la salud, incluyendo la posibilidad de recibir y buscar información sobre medidas de prevención y tratamiento de enfermedades.

Los Estados tienen la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, lo que implica la adopción de medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y de cualquier otra índole para asegurar su plena realización. Respecto al acceso a servicios médicos para personas privadas de libertad, estos deben abarcar desde atención primaria, especializada hasta servicios de emergencia. Incluyendo, la atención a la salud mental, en donde se ofrezcan servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico, tomando medidas para prevenir y abordar situaciones de estrés, ansiedad y depresión.

Para proporcionar lo anterior, es crucial mantener condiciones de higiene y salubridad en las instalaciones penitenciarias, garantizando instalaciones para el aseo personal, un ambiente adecuado en términos de espacio y ventilación. Así como, proporcionar una alimentación adecuada, equilibrada y suficiente.

.

Adicionalmente, las autoridades penitenciarias deben garantizar la protección de los detenidos contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Las normas internacionales, como las Reglas Nelson Mandela y las Reglas de Bangkok, establecen pautas para asegurar el respeto y protección de este derecho.

En primer lugar, es fundamental identificar las nociones generales del derecho humano a la salud y los instrumentos internacionales ratificados en Colombia: Abordando desde la declaración de derechos humanos, el análisis de los diferentes pactos en materia civil y económica en los que este derecho es incluido, hasta conceptos rectores emitidos por la organización mundial de la salud y de Naciones unidas, para posteriormente llegar a una perspectiva constitucional que refleja como este derecho ha evolucionado por factores políticos y sociales que así lo condicionan. Lo anterior, en aras de establecer el marco normativo y conceptual en lo que respecta a la protección de este derecho humano, así como las obligaciones y responsabilidades que le corresponden al Estado colombiano en relación con su garantía, junto con los desafíos colectivos existentes para la tutela efectiva de este derecho.

En segundo lugar, es necesario analizar el derecho humano a la salud específicamente en las personas privadas de la libertad desde una perspectiva internacional y nacional, en donde se tomaran conceptos claves emitidos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para la comprensión de este derecho en esta población específica hasta normativas a nivel nacional, que incluyen el marco del proceso penal en donde debe existir prueba suficiente que vincule al imputado con los hechos investigados para justificar una orden de privación preventiva de libertad que parten del respetar los principios de legalidad, presunción de inocencia, necesidad y proporcionalidad.

Así mismo, se destaca la importancia de que se garantice el buen trato en los privados de libertad como requisito fundamental de los derechos humanos, reflejando la obligación que tiene los Estados de garantizarlo y de tomar medidas efectivas para prevenir y sancionar cualquier forma de maltrato o abuso.

En tercer lugar, identificar el marco jurisprudencial concerniente a la detención transitoria, proveniente principalmente del análisis que ha realizado la Corte Constitucional de la privación permanente de la libertad en varias de las estaciones de policía, especialmente con aquellas personas con medida de aseguramiento de detención preventiva o condena, y que están en dichas estaciones o unidades de Reacción inmediata. Esto acompañado del panorama nacional, que se vive en los diferentes centros de detención, en donde el análisis del derecho a la salud se ve desde una perspectiva interdisciplinaria, que incluye no solo aspectos jurídicos, sino también médicos, sociales y políticos. Lo anterior, permitiendo una comprensión más completa de las distintas dimensiones que intervienen en la garantía y protección de este derecho en dicho contexto.

Así pues, el derecho humano a la salud en una aproximación a la detención transitoria resulta de la identificación de las nociones generales del derecho humano a la salud y los instrumentos internacionales ratificados en Colombia, así como del aterrizar este derecho específicamente en las personas privadas de la libertad incluyendo el buen trato como principio rector, y del analizar el marco jurisprudencial concerniente a la detención transitoria que permite comprender las situaciones particulares que se viven en estos centros desde una perspectiva multidisciplinar.

Para llevar a cabo esta investigación, se emplearán diversas metodologías y técnicas de recolección de datos, como el análisis documental y normativo, la revisión de informes y estudios previos, y el análisis estadístico en relación con la base de datos de las autoridades, profesionales de la salud y personas privadas de la libertad en la Estación de Policía la Flora.

El hacinamiento carcelario y la violación de los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad es un tema que merece reflexión, sobre todo el derecho a la salud como un derecho humano, ya que, garantizar la salud de las personas privadas de libertad es una tarea multifacética que abarca tres áreas clave: la responsabilidad del Estado de brindar atención médica rápida e integral a los reclusos, velar por el bienestar físico dentro del establecimiento penitenciario, y brindar un entorno seguro, higiénico y nutritivo dentro del establecimiento penitenciario. Estos son los tres postulados del derecho a la salud de los detenidos. (Corte Constitucional, T-825, 2010). Así mismo, en Colombia es responsabilidad del Estado velar para que todos los ciudadanos cuenten con las garantías necesarias para hacer valer la Constitución y los tratados internacionales pertinentes, incluido el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Declaración Universal de Derechos Humanos. La Política Penitenciaria y Carcelaria, supervisada por el poder ejecutivo, juega un papel fundamental en la salvaguarda de la dignidad humana de las personas privadas de libertad. Se realizan esfuerzos para promover la resocialización y la reintegración exitosa en la sociedad.

Las Instituciones Carcelarias y Penitenciarias son las entidades encargadas de acoger a las personas privadas de la libertad. Sin embargo, las estaciones de Policía han asumido esta función que, inicialmente fue planteada de forma transitoria, pero que se ha venido ejerciendo de forma permanente.

Dicha situación ha llevado que, al interior del país, las estaciones de policía sigan utilizando de manera permanente para asumir la función de acoger a las personas privadas de la libertad. Particularmente en la ciudad de Santiago de Cali, en la estación de la Flora ubicada al norte de la ciudad, en donde, según cifras planteadas por el autor Benavides Cadena (2022), presenta un 400% de hacinamiento, sin que cuenten con la infraestructura establecida para ello y debiendo arrogarse un rol que no corresponde con la misión institucional de la misma, lo que genera que actualmente se presenten problemáticas de salud, dificultades en atención médica y que de

forma general, no se cuenta con las condiciones físicas para albergar esta población y garantizar el respeto a su dignidad y derechos fundamentales.

Por lo anterior, con esta monografía nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la situación en Colombia del derecho humano a la salud de las personas privadas de la libertad?

La importancia de esta investigación radica en el análisis detallado del Derecho Humano a la salud, la eficacia de la normativa nacional e internacional, y su cumplimiento en relación con las personas privadas de la libertad. Igualmente, aborda las complejidades de la prisión y la política penitenciaria desde una perspectiva de salubridad pública. Así pues, se podría tomar este estudio como un medio para avanzar en el conocimiento de la política criminal colombiana, pues aborda problemáticas existentes en materia de salud penitenciaria y ofrece información tanto a quienes se encuentran en la práctica del Derecho Penal, como a quienes trabajan para los organismos penitenciarios y policiales, como el INPEC y la Policía Nacional, e incluso a docentes y estudiantes; fomentando el análisis reflexivo sobre este tema.

De igual forma, considerando que las normas sobre personas privadas de la libertad han tomado como referente el Derecho Humano a la Salud, esta investigación permite identificar las diferentes falencias de la política penitenciaria, y evalúa el cumpliendo, por parte del Estado, de las normativas a nivel de Derecho interno e internacional.

En concordancia con lo hasta aquí planteado, el objetivo general de la presente investigación es analizar el derecho humano a la salud de las personas privadas de la libertad en Colombia, mediante una aproximación a los referentes normativos y situación fáctica general, enfatizando en la detención transitoria; con la finalidad de contribuir a la búsqueda de soluciones a esta problemática.

Para ello, se han planteado tres objetivos específicos, que consisten en identificar las nociones generales del derecho humano a la salud y sus instrumentos internacionales ratificados en Colombia; Reconocer los principales instrumentos internacionales y nacionales del Derecho Humano a la salud de las personas privadas de la libertad y realizar una aproximación a la situación de detención transitoria Nacional y en Santiago de Cali.

El marco referencial de esta investigación presenta el estado del arte en materia del Derecho humano a la salud, citando bibliografía de manera cronológica, y reflejando la evolución que ha tenido este tanto en la comunidad internacional, como en nuestro país; y su eficacia en relación con las personas privadas de la libertad.

En ese contexto, se halló en un primer momento, la autora Mancipe Triviño (2016), en su Trabajo de Grado de Maestría, denominado "*El hacinamiento carcelario: la vulneración de garantías procesales y derechos fundamentales para sindicados y condenados recluidos en una misma institución penitenciaria en Colombia"* plantea que, no sólo las ocupaciones del INPEC, sino igualmente las leyes que gobiernan las prisiones y el sistema penitenciario no se cumplen de manera positiva y estricta en la debida y necesaria separación de infractores e imputados recluidos en un mismo establecimiento penitenciario. Sin embargo, se plantea que la construcción de nuevos centros penitenciarios no sería una solución definitiva a la problemática del hacinamiento, por el contrario, se prevé que aumentarían las cifras de imputados recluidos en centros penitenciarios.

En un segundo momento, la autora Vélez Moreno (2020), en su Artículo de Investigación para optar al título de especialista en Derecho Penal y Procesal Penal denominado "*La situación de hacinamiento y su relación con la política criminal: cárcel Villahermosa de Cali"* plantea que la situación de hacinamiento en el penal de Villahermosa ha producido diversas violaciones a varios derechos fundamentales. La mayor parte de esto proviene de la falta de servicios prestados como empleo, educación, asistencia social, deportes, educación, visitas de pareja, y servicios médicos.

Lo anterior es relevante, ya que todas las áreas mencionadas deben ser garantizadas para conseguir una de las principales finalidades de la pena, que es la resocialización. Sin embargo, al estudiar la situación de la Cárcel Villahermosa, se encontró que su infraestructura es insuficiente para albergar la cantidad de prisioneros que se encuentran en ella, generando un detrimento en el derecho a la salud, como consecuencia del hacinamiento y afectando a su vez, la autoestima y dignidad de los mismos.

Por otro lado, Lopera Medina & Hernández Pacheco (2020), en su Artículo denominado "*Health Situation of Population Deprived of Liberty in Colombia. A Systematic Review of the Literature"* plantean que las personas privadas de libertad a menudo experimentan condiciones de salud subóptimas y acceso restringido a los recursos médicos necesarios en los establecimientos penitenciarios, dificultando su recuperación. Igualmente, plantean que el Estado tiene la responsabilidad fundamental de proteger los derechos humanos de todos los reclusos, incluido su derecho a la atención médica, independientemente de su situación legal. Para asegurar resultados óptimos de salud para los privados de libertad, el Estado debe garantizar acciones tanto individuales como colectivas encaminadas a mantener y mejorar su salud, mediante la prevención y el tratamiento de enfermedades.

Así mismo, Cortes Reinoso & Escobar Ávila (2021), en su Trabajo de Grado titulado "*Funcionamiento y financiación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad en Colombia"* manifiestan que el acceso efectivo a la atención médica para las personas privadas de la libertad en Colombia se ve obstaculizado por una multitud de barreras: infraestructura insuficiente, productividad limitada, susceptibilidad a enfermedades infecciosas y transmisibles, y la falta de conocimiento de las regulaciones existentes.

En Colombia no existe una medida estandarizada para evaluar el nivel de atención en salud que se otorga a la población privada de libertad. Los actuales procedimientos de tercerización que emplea el INPEC para atender los requerimientos de salud de los internos no cumplen con las

recomendaciones y demandas planteadas por múltiples organismos internacionales y altas corporaciones en materia de derechos humanos fundamentales. Evidentemente queda un largo camino por recorrer en cuanto a garantizar la prestación de servicios de salud de calidad a la población privada de libertad.

Realizando una exploración de los repositorios institucionales no se hallaron otras investigaciones que vislumbren el estado actual del hacinamiento carcelario en la ciudad de Cali, ya que se centran principalmente en la Cárcel de Villahermosa al ser la que ha presentado el mayor porcentaje de hacinamiento históricamente, pero no se consideran de manera específica a las estaciones de Policía.

A partir de la pregunta de investigación que se manifestó en la delimitación del ejercicio de investigación de este trabajo, se hace necesario, a modo de marco teórico, abordar elementos que sirven de cimiento para concebir el desarrollo y el propósito de este. En ese sentido se abordará las siguientes categorías de investigación: derecho humano a la salud y hacinamiento carcelario.

El derecho humano a la salud en Colombia, se encuentra ampliamente reconocido den la Constitución de 1991, la cual adoptó los postulados de un Estado Social de Derecho, que ordena la protección de los derechos fundamentales de sus ciudadanos. Esto incluye tanto derechos civiles y políticos, como derechos sociales y culturales ratificados en 1968 por el Pacto Internacional de las Naciones Unidas y posteriormente en 1996 por el Protocolo de San Salvador.

El artículo 12 del Pacto y nuestras normas superiores reconocen igualmente el derecho universal a la buena salud física y mental. En consecuencia, la Ley 100 de 1993 introdujo el "Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", que incluye varias instituciones como EPS, IPS y ARL. (Maya , 2008)

Como plantea el autor Gañán Echavarría (2013), en el artículo denominado "*De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia"* aborda el origen del derecho a la salud y su desarrollo como derecho fundamental desde una mirada constitucional. Plantea el autor que, el derecho a la salud está claramente definido como un derecho inherente a la persona en los artículos 44 y 49 de nuestra Constitución. De acuerdo con el estándar original de interpretación formalista, fue visto como un derecho puramente de interés debido a su ubicación en la norma superior.

Igualmente, la Corte Constitucional, en su jurisprudencia lo ha reconocido como un derecho fundamental en sí mismo, por lo cual, todos deben tener acceso a los servicios de salud necesarios, sin importar su condicion socioeconómica.

Es pertinente mencionar que el goce máximo de la salud fue consagrado como derecho humano fundamental para todas las personas en la Constitución de la OMS; con la finalidad de que este derecho sea garantizado por todos los Estados parte. Dicho derecho a la salud se encuentra relacionado con otros derechos humanos relevantes, como el agua potable, la alimentación, la vivienda digna, la educación, entre otros. Implica también el derecho de todas las personas a ser dueños de su propio cuerpo y orientación sexual. Nadie puede ser visto como objeto de violencia o discriminación. La marginación y el estigma pueden afectar negativamente la salud física y mental. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Por otro lado, el hacinamiento carcelario es una situación que llena de semblantes negativos a los centros penitenciarios en los paises de América Latina y el Caribe. En estos existe una alta violencia, numerosas muertes y delitos, muchos de ellos ejecutados en su interior y que producen efectos al exterior; generación de graves violaciones a los derechos humanos. (Carranza, 2012)

No obstante, el fenómeno de la sobrepoblación penitenciaria no es exclusivo de América Latina y el Caribe, pues es un fenómeno mundial. Se manifiesta en la mayoría de los países, pero resulta preocupante la situación de aquellos paises con bajos ingresos. En tal sentido, se puede definir como la situación en que la densidad penitenciaria es mayor a 100, ya que, hay más personas detenidas teniendo en cuenta la capacidad establecida para una prisión o para la totalidad del sistema de la administración de la justicia. (Carranza, 2012)

Se hace necesario resaltar que, el hacinamiento como medida de la crisis penitenciaria es ampliamente utilizada por los medios de comunicación, sin embargo “no existe un consenso claro sobre qué es exactamente y cómo se mide” (Carranza, 2012, pág. 233). En Colombia, por ejemplo, hay una crisis carcelaria desde hace más de dos décadas por el hacinamiento. La Corte Constitucional ha mencionado que este fenómeno es un estado de cosas inconstitucional que no ha sido resuelto y constituye una violación a los derechos humanos. (Ariza Juvinao & De Luque Fernández, 2018)

La Corte Constitucional ha manifestado respecto de las cárceles que se caracterizan por el hacinamiento, los servicios públicos y de asistencia social extremadamente inadecuados, el gobierno de la violencia, la extorsión y la corrupción, además de la falta de oportunidades y medios para reintegrar a los presos a la sociedad. Esta situación se ajusta plenamente a la definición de un estado de cosas inconstitucional. (Corte Constitucional, T-153, 1998)

De allí se deduce que se han vulnerado de manera flagrante una serie de derechos fundamentales de las personas privadas de libertad en las cárceles colombianas, tales como la dignidad, la vida, e integridad personal, los derechos de familia, los derechos a la salud, los derechos al trabajo, incluso, la presunción de inocencia. (Corte Constitucional, T-153, 1998)

Por otro lado, según la ONU en el manual "*Estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones"* se define como una violación inaceptable de los derechos humanos y se debe considerar la posibilidad de instituir un límite máximo legal en cuanto a la capacidad de los centros penitenciarios y carcelarios. Así mismo, establece que los Estados miembros deberían tomar en consideración inspeccionar y modificar sus políticas, leyes y prácticas con la finalidad de construir habilidades que ayuden a la justicia penal bajo el objetivo de mitigar el fenómeno del hacinamiento. Además, manifiesta que se deben implementar medidas sustitutivas de la privación de la libertad e incluso ejecutar un programa de justicia restaurativa y estar basados en datos justos. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2014)

A su vez, el hacinamiento en los centros penitenciarios se define como un problema de seguridad nacional, lo que supone que desde allí se gestan rebeliones, epidemias, crímenes y otras situaciones conexas en su interior y exterior, por lo que no se puede pensar el hacinamiento como un problema presupuestal sino más a fondo sobre un manejo negligente de la administración de justicia. (Tabares López, 2018)

Por su parte, la doctrina internacional, Robles Escobar (2011) en el artículo "*El hacinamiento carcelario y sus consecuencias*" expresa que el hacinamiento tiene una definición básica que versa sobre "la acumulación o amontonamiento de personas en el sistema carcelario considerado excesivo en relación con la capacidad máxima de los establecimientos penitenciarios" (pág. 407).

Además, afirma el autor que para definir objetivamente el hacinamiento es fundamental examinar los conceptos de modelo eficientista, el panóptico, y el de sistema progresivo. Los cuales son propuestas arquitectónicas de control social cuya finalidad consistía en la organización de personas privadas de la libertad en celdas individuales, al mismo tiempo implementaba un tratamiento endurecido, o política criminal represiva. También se implementaba la incorporación paulatina de las personas detenidas, debiendo pasar por diferentes niveles de contención, es decir, desde una prisión de máxima seguridad hasta los centros de confianza.

El diseño metodológico de la presente monografía tiene un enfoque cualitativo, bajo el método descriptivo de la información recopilada, en relación con las condiciones en las que se encuentran las personas privadas de la libertad, de manera transitoria, y la incidencia en el Derecho a la Salud de esta población.

Aunado a lo anterior, sobre el enfoque cualitativo, los autores Hernández Sampieri et al (2014) plantean que los métodos cualitativos pueden ser vistos como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen perceptible el mundo, transformándolo en una representación en forma de una serie de observaciones, anotaciones, registros y documentos. Es naturalista (porque estudia objetos y criaturas en su contexto o entorno natural y vida cotidiana) e interpretativo (porque intenta comprender los fenómenos en términos de los significados que se les asignan).

Por su parte, el autor Tantaleán Odar (2015) en el artículo *" El alcance de las investigaciones jurídicas*" plantea que el método descriptivo se orienta hacia la comprensión de las realidades tal y como se presentan en las situaciones espacio-temporales, por ello, se habla de descripción. Explica el autor que en este método el investigador se centra concretamente en dar a conocer las caracteristicas de un fenómeno, es decir, busca especificar las propiedades importantes de personas o cualquier otro conflicto que puede ser sometido a un análisis.

En cuanto a las técnicas e instrumentos de investigación, cabe señalar que, en concordancia con este diseño metodológico, y para recopilar información en la presente investigación se hizo necesario recurrir a la investigación documental de diferentes medios como libros, revistas e informes oficiales. Así mismo, se recurrió a fuentes como la jurisprudencia, la ley y la Constitución Nacional.

Es por lo anterior, que la presente monografía se ha dividido en tres grandes apartados o capítulos). En el primero (Capítulo 1), en concordancia con el primer objetivo específico planteado, a saber: "identificar las nociones generales del derecho humano a la salud y sus

instrumentos internacionales ratificados en Colombia"; inicia estudiando las generalidades del Derecho humano a la salud, incluyendo la evolución jurisprudencial que este ha tenido en materia constitucional, así como algunos de los instrumentos internacionales que el Estado Colombiano ha ratificado en esta materia. Todo este estudio, realizado en conjunto con recomendaciones en materia de salubridad emitidas por diferentes organizaciones mundiales, que, si bien no tienen un efecto vinculante, han servido como lineamentos para las diferentes naciones para que exista efectivo cumplimiento.

El segundo Capítulo, en concordancia con el segundo objetivo específico planteado, a saber: "Reconocer los principales instrumentos internacionales y nacionales del Derecho Humano a la salud de las personas privadas de la libertad"; desarrolla este derecho en las personas privadas de la libertad desde una perspectiva nacional e internacional, haciendo énfasis a lo largo de la investigación en aquellas que se encuentran bajo detención transitoria, lo anterior también visto desde el marco de los derechos humanos, el cual incluye el buen trato en esta población como principio rector. Así pues, al analizar este derecho en esta población se evalúa en qué medida el Estado ha incumplido u omitido sus obligaciones frente al cumplimiento de este.

El tercer Capítulo, en concordancia con el tercer objetivo específico planteado, a saber: "realizar una aproximación a la situación de detención transitoria Nacional y en Santiago de Cali"; presenta el panorama nacional en materia de detención transitoria, especialmente en relación con las diversas situaciones que se viven principalmente en las estaciones de policías y URI, a nivel departamental y profundizando sobre esta misma situación en Santiago de Cali.

Cabe agregar, que en este apartado se desarrolla la jurisprudencia Constitucional más importante en materia de detención transitoria. El texto culmina con las conclusiones generales, algunas recomendaciones; seguidas de un apartado para las referencias utilizadas en el desarrollo de la investigación, que incluye sitios web de donde también se ha obtenido información.

Capítulo 1.

DERECHO HUMANO A LA SALUD.

El derecho a la salud comprende un amplio conjunto de factores que contribuyen a una vida sana; es transversal a todos nuestros derechos humanos y es esencial para vivir una vida digna; e incluye el acceso a servicios de salud, alimentos, ropa, vivienda, atención médica y servicios sociales esenciales[1].

Los derechos humanos son eje central en el ámbito de la salud pública. Es deber primordial de los Estados salvaguardar y promover su eficacia. Estas obligaciones están establecidas y garantizadas tanto por el derecho internacional consuetudinario como por los acuerdos internacionales de derechos humanos, ratificados por los Estados.

1.1 Instrumentos Internacionales.

Según la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, es decir que, se extiende más allá del acceso a la asistencia médica, y se considera un derecho humano básico que abarca una amplia gama de aspectos que afectan la vida. Dentro de este contexto, el derecho al "más alto nivel posible de salud" requiere un conjunto de estándares sociales que respalden la salud de todos, incluida la disponibilidad de servicios médicos, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el goce de otros derechos humanos, como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. (OMS, 2022).

[1] Según la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), todas las personas tienen derecho a un modo de vida satisfactorio que incluya el acceso a alimentos, ropa, vivienda, atención médica y servicios sociales esenciales. Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). Recuperado de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Por lo tanto, es esencial que el sector salud considere los derechos humanos en la formulación y aplicación de políticas y programas de salud, y que se tomen medidas adecuadas para garantizar que se respeten y protejan los derechos humanos en todo momento. Esto también implica la necesidad de fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud en la comprensión y aplicación de los derechos humanos en el contexto de la atención médica.

Así pues, el derecho a la salud incluye libertades y los derechos. La libertad incluye el derecho de las personas a controlar su propia salud y cuerpo (p. ej., derechos sexuales y reproductivos) sin interferencia (p. ej., tortura y experimentación y tratamiento médico no consensuado). Estos derechos incluyen el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos la misma oportunidad de disfrutar del más alto nivel posible de salud.

En el panorama internacional, los Estados, a través de la ratificación de los tratados de derechos humanos, asumen la responsabilidad de garantizar dichos derechos dentro de su territorio. Según el Artículo 2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados se comprometen a respetar y garantizarles a todos los individuos que se encuentren en su territorio, todos los derechos consagrados en él. (OHCHR, 1976)

Si bien la Declaración Universal de Derechos Humanos no es legalmente vinculante para los estados, ya que fue adoptada como una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, existen varios factores que impulsan su implementación: En primer lugar, muchos de los derechos contenidos en la Declaración están codificados en tratados internacionales de derechos humanos que sí son obligatorios para los estados que los han ratificado. En segundo lugar, la Declaración Universal se ha convertido en un marco universalmente aceptado para la promoción y protección de los derechos humanos, y su incumplimiento puede tener consecuencias políticas y sociales para los estados que no respetan estos derechos. Por otro lado, es considerada doctrina internacional, lo cual da muestra de su eficacia jurídica.

Para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de los tratados, los Estados parte presentan informes periódicos sobre el cumplimiento de los derechos a nivel nacional y los comités analizan y evalúan la información de dichos informes y de los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil (comúnmente denominados "informes paralelos"). Los representantes del Estado parte entablan un diálogo constructivo durante la evaluación de sus informes. (OHCHR, 2008)

Además, existen comités integrados por expertos independientes, comúnmente conocidos como órganos de tratados, que son responsables de supervisar el cumplimiento de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas. En particular, el Comité de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Comité de los Derechos del Niño.

El concepto del derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental ha existido durante muchos años; la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 lo reconoció por primera vez a nivel internacional. Según su preámbulo, la salud significa un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades y dolencias. La Constitución afirma además que todo ser humano, sin importar su raza, religión, opiniones políticas o situación económica, tiene el derecho fundamental de lograr la mejor salud posible. (OMS, 1946)

Por ello, a continuación, se relacionan los diferentes instrumentos internacionales que han tratado el derecho a la salud desde un orden cronológico, es decir, tratados internacionales, así como declaraciones, normas y otros instrumentos internacionales, además de observaciones y recomendaciones generales de los órganos creados en virtud de tratados:

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social[2]. Asimismo, la Carta de las Naciones Unidas de 1945 otorgó a esta organización una identidad internacional única y una amplia influencia fundacional, lo que le ha permitido tener la autoridad para deliberar sobre los desafíos que enfrenta la humanidad en el siglo XXI[3].

En 1966 se adoptaron dos pactos internacionales: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[4] y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[5], los cuales establecen un conjunto amplio de derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud. Estos pactos establecen mecanismos efectivos para salvaguardar y hacer cumplir estos.

A su vez, en 1978 se adoptó la Declaración de Alma-Ata, que reconoce el derecho de todos los individuos y comunidades a disfrutar del más alto nivel posible de salud. Esta declaración estableció la atención primaria de salud como la base para alcanzar este objetivo, y ha sido un referente importante en el desarrollo de políticas y programas de salud en todo el mundo[6].

---

[2] Según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), el goce del grado máximo de salud es un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/about/who-we-are/constitution

[3] Según la Carta de las Naciones Unidas (1945), esta organización tiene la autoridad para deliberar sobre el amplio espectro de desafíos que enfrenta la humanidad en el siglo XXI. Naciones Unidas. (1945). Carta de las Naciones Unidas. Recuperado de https://www.un.org/es/sections/un-charter/un-charter-full-text/

[4] Según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), se reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentación, vestimenta y vivienda adecuadas. Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx

[5] Según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Recuperado de https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx

[6] La salud, por tanto, es un derecho fundamental del ser humano, un objetivo esencial de las políticas públicas y una condición previa y resultado indicativo de progreso económico y social. Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado de https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

En 2000, en la Cumbre del Milenio, se adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio[7], dentro de los cuales se encuentran: mejorar la salud materna e infantil, combatir enfermedades como el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades transmisibles, y garantizar el acceso universal a la atención de salud. Estos objetivos se convirtieron en agenda prioritaria de la comunidad internacional y han sido un factor importante en la movilización de recursos y esfuerzos para mejorar la salud a nivel mundial.

En 2015, se adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye el objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, que busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos. Esta agenda reconoce la importancia de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de adoptar un enfoque intersectorial para abordar los problemas de salud[8].

Es posible observar que a lo largo del tiempo se han adoptado diversos instrumentos internacionales que han tratado el derecho a la salud, desde la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 hasta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de 2015. Estos instrumentos han establecido un conjunto amplio de derechos humanos y han sido un referente importante en el desarrollo de políticas y programas de salud en todo el mundo.

En los tratados internacionales relacionados con el derecho a la salud, se ha afirmado que los gobiernos tienen la responsabilidad de cumplir con sus "obligaciones mínimas" para garantizar este derecho fundamental. Esto significa que deben asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad, de manera efectiva.

---

[7] Según los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), se establecieron ocho metas a nivel internacional para reducir la pobreza, mejorar la salud y la educación, promover la igualdad de género y proteger el medio ambiente para el año 2015. Naciones Unidas. (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de https://www.un.org/millenniumgoals/

[8] Según la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015), todos los países deben trabajar juntos para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad y a una educación en salud adecuada. Naciones Unidas. (2015). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/salud-y-bienestar/

Por ejemplo, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece estos requisitos para garantizar el derecho a la salud. Además, estos requisitos también están integrados en las leyes y constituciones de muchos países, como Colombia. Con base en estas disposiciones legales se han tomado importantes decisiones nacionales e internacionales para proteger el derecho a la salud y garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad y culturalmente apropiados.

Por su parte, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 reconoce el derecho de las mujeres a alcanzar el máximo nivel de bienestar físico y mental[9] que guarda relación con los principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental de 1991[10], que establecen diez principios fundamentales para ofrecer atención de salud mental, y la OMS brinda orientación sobre cómo implementarlos en entornos prácticos.

Así mismo, las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de 1993 respaldan un marco universalmente aceptado para deficiencias, discapacidades y minusvalías[11].

---

[9] La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, afirma que las mujeres tienen derecho a alcanzar el máximo nivel de bienestar físico y mental, y señala que la violencia contra las mujeres es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación por motivos de género. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. (1993). Recuperado de https://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/violenceagainstwomen-declaration1993.pdf

[10] Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991, incluyen la promoción de la salud mental, la prevención y el acceso equitativo a servicios de atención de salud mental, Organización Mundial de la Salud. (1991). el mejoramiento de la atención de la salud mental. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524

[11] Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, adoptadas en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas tienen el objetivo de promover su plena participación en la sociedad. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Recuperado de https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/normas-uniformes-sobre-la-igualdad-de-oportunidades-para-las-personas-con-discapacidad.html

Por su parte, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de 1997[12] reconoce el enorme potencial para mejorar la salud individual y colectiva a través de la investigación del genoma humano, y establece la necesidad de garantizar la dignidad, la libertad y los derechos absolutos de todos los seres humanos.

Finalmente, las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos de 2006[13] establecen recomendaciones sobre la difusión y aplican directrices fundamentales sobre dicha enfermedad y los DDHH.

En conjunto, estos instrumentos internacionales ofrecen un marco sólido para proteger los derechos humanos en el ámbito de la salud y promover un compromiso colectivo para abordar las preocupaciones apremiantes en este ámbito. Los acuerdos internacionales y regionales de derechos humanos reconocen el derecho a la salud en diferentes formas. Si bien algunos tienen implicaciones universales, otros abordan específicamente las necesidades relacionadas con la salud de distintos grupos demográficos, como infantes y mujeres.

Además, numerosas conferencias y declaraciones, como la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que adoptó la Declaración de Alma-Ata, la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y la Declaración de Compromiso para combatir el VIH/SIDA, han desempeñado un papel importante en el esclarecimiento de múltiples aspectos de la salud pública asociados al derecho a la salud.

---

[12] La Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, adoptada en 1997 por la Conferencia General de la UNESCO, reconoce la importancia de la investigación del genoma humano y establece la necesidad de proteger los derechos humanos en este ámbito. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. Recuperado de https://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/bioethics/human-genome-and-human-rights/

[13] Las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, adoptadas en 2006 por las Naciones Unidas, reconocen que el estigma y la discriminación son barreras importantes para la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA, e instan a los Estados a tomar medidas (2006). Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Recuperado de https://www.ohchr.org/documents/publications/9789241548537_sp.pdf

Los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud. Tres de las enfermedades infecciosas más mortíferas -la malaria, el VIH/SIDA y la tuberculosis- afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más pobres del mundo y suponen una enorme carga para las economías de los países en desarrollo. Por otro lado, la carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles, que generalmente se considera que afectan a los países de altos ingresos, está aumentando de manera desproporcionada en los países y poblaciones de bajos ingresos. (OMS, 2022)

De igual modo, el derecho a la salud se encuentra reconocido como un derecho humano fundamental en la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Así mismo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Convenio Europeo para la Salvaguardia de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales contienen disposiciones que se relacionan con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y a la vida privada. Además, la Carta Social Europea (1961, revisada en 1996) también reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental.

1.2 Derecho a la Salud en Colombia.

La salud es un derecho social inclusivo, entrelazado con el ejercicio de otros derechos, y reconocido como un bien público salvaguardado por los estados miembros. En el contexto de un Estado social, el derecho a la salud significa la dignidad de la persona y la búsqueda de su bienestar integral. El preámbulo de la Constitución Política de 1991 delinea el objetivo fundamental del Estado colombiano de asegurar la vida de sus ciudadanos. El artículo 11 de la misma, reconoce específicamente el derecho a la vida como un derecho fundamental. Sin embargo, el cumplimiento de este derecho a una vida digna depende en gran medida de la garantía de otros derechos, como el derecho a la salud. Por lo tanto, garantizar la realización efectiva e integral de estos derechos es crucial.

El desarrollo de la Ley 100 de 1993 facilitó el establecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que desarrolla los artículos 48 y 49 de la Constitución. El SGSSS tiene una serie de objetivos, entre ellos regular el servicio público de salud, garantizar el acceso a la atención de la salud para todos los miembros de la sociedad, brindar cobertura para las enfermedades generales y la maternidad, y garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud para todas las personas. Con miras a brindar atención médica de calidad a sus afiliados y beneficiarios, la Ley 100 de 1993 dispuso el establecimiento de un Plan Obligatorio de Salud (comúnmente conocido como POS). Este plan engloba un conjunto fundamental de servicios de salud según la normativa del Sistema.

La reforma colombiana a la salud consagrada en la ley 100 de 1993, se fundamentó en el pluralismo estructurado y la atención administrada. El enfoque implicó la implementación de un sistema de seguros, el establecimiento de intermediarios financieros que mediaran entre los asegurados y los proveedores de servicios, y la introducción de compañías de seguros en el sector financiero. También incluía un sistema de subsidio parcial para los incapaces de pago y un plan de beneficios fundamentales donde los pacientes eran responsables de la cobertura de sus necesidades adicionales fuera del plan.

Por otro lado, es pertinente mencionar que el Derecho a la salud en Colombia, ha evolucionado de acuerdo con los cambios en las ideologías políticas. En el contexto de la ideología liberal, postula que los derechos civiles y políticos son de absoluta obligatoriedad. La salud se define como el derecho a exigir el respeto a la vida y al bienestar físico como un derecho negativo, es decir que no implica un derecho positivo a la salud, y no se considera un derecho humano fundamental bajo el liberalismo. (Álvarez Castaño, 2005)

Ahora bien, los sistemas de salud que siguen la doctrina liberal se basan típicamente en dos pilares: servicios curativos y salud pública. Los servicios curativos operan según los principios del mercado y brindan atención médica diferenciada, en la que cada individuo recibe atención de acuerdo con su capacidad de pago. La salud pública, por otro lado, es considerada de vital importancia por la sociedad, pero no es económicamente viable, por lo que es responsabilidad del Estado.

De igual modo, la adopción del neoliberalismo en Colombia estuvo acompañada por el utilitarismo, que buscaba medir la eficacia de los programas y estrategias de salud en función de la relación entre los resultados y las inversiones. Este enfoque funcionó como una herramienta de reducción de costos y se presentó como un medio para optimizar la asignación de recursos de atención médica. La utilización de indicadores permitió priorizar enfermedades o grupos de enfermedades, determinar la carga de enfermedad en diversas poblaciones y evaluar los beneficios de diferentes intervenciones en salud. (Morrow & Bryant, 1995) Entre tanto, la implementación del enfoque neoliberal-utilitario de Colombia para la atención médica ha llevado a mayores disparidades. El experto en salud Whitehead afirma que estas desigualdades, que se consideran injustas, son "diferencias innecesarias y evitables". (Whitehead, 1992)

Colombia, al igual que otros países latinoamericanos, ha estado bajo el dominio del paradigma neoliberal-utilitario durante las últimas dos décadas. Su dominio continuo sobre el país se debe menos a su eficacia para abordar las disparidades y los problemas relacionados con la salud, y más a la influencia económica y coercitiva ejercida por sus beneficiarios y agentes. Estos incluyen aseguradoras médicas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, ciertos intelectuales, así como algunos funcionarios públicos nacionales.

Evolución jurisprudencial:

La jurisprudencia de la Corte Constitucional considera el derecho a la salud como un derecho fundamental y liga el concepto de responsabilidad del Estado social en materia de salud. Asi pues, la responsabilidad del gobierno colombiano en materia de salud pública y saneamiento ambiental se deriva de la Constitución de 1991, en particular del artículo 49 en donde se afirma que el Estado es responsable de brindar servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a todos los ciudadanos, así como el deber de regular y dirigir la prestación de los servicios de salud y saneamiento ambiental, guiándose por los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

Así mismo, la jurisprudencia ha presentado dos perspectivas sobre la evolución de los derechos relacionados con la salud. La primera posición, comúnmente conocida como "relación", establece que el derecho a la salud debe estar conectado a un derecho más crucial como la vida, la integridad personal o la dignidad humana. La segunda posición, sin embargo, se centra en la condición del actor como sujeto de especial protección, incluidos los niños, los ancianos, las personas con discapacidad u otros sujetos explícitamente definidos. En este enfoque, el factor clave es determinar la clasificación del actor bajo la norma sustancial. Ambas posiciones han sido adoptadas por los honorables jueces de la República. (Julio Pretelt , 2017)

Cabe resaltar que, en 1993, la Sentencia T-111 de la Corte Constitucional se convirtió en un hito para el derecho a la salud, pues estableció que la salud es un servicio público obligatorio de control estatal, según el artículo 48 de la Constitución Política. A pesar de estar ligado a relaciones laborales y administrado por diversos sistemas de salud, el Estado es responsable de brindar y garantizar la salud, y de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política, las entidades privadas deben ejercer la vigilancia y control sobre este servicio. (Corte Constitucional, T-111, 1993).

Así pues, la salud se aborda desde dos perspectivas distintas pero interconectadas. Por un lado, es un servicio público que el Estado se encarga de fiscalizar y, por otra parte, es considerado un derecho fundamental por el legislador. Este reconocimiento va unido a la expectativa de acceso oportuno y de calidad a los servicios necesarios para alcanzar una salud óptima.

Mediante el avance de la jurisprudencia, la Sentencia C-313 de 2014 confirmó el carácter fundamental del derecho a la salud en Colombia. Además, la Sentencia T-361 de 2014, lo reconoció como un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser resguardado y respetado. Cuando este derecho se ve amenazado o violado, las personas pueden buscar protección a través de acciones legales. Las leyes constitucionales permiten a los jueces proteger y restaurar efectivamente estos derechos violados.

De manera que, la sociedad colombiana ha priorizado durante mucho tiempo la salud como un derecho básico, siendo la acción legal a través de la Tutela el medio más común para hacer valer este derecho. La Sentencia T-121 de 2015 de la Corte Constitucional ha establecido que la salud tiene una doble faceta: como un servicio público supervisado por el Estado, y como un derecho fundamental con inalienabilidad inherente. Además, el derecho a una atención médica oportuna y de alta calidad también se considera esencial para lograr resultados de salud óptimos. (Corte Constitucional, T-121, 2015)

Así mismo, varias sentencias de la Corte Constitucional han destacado la importancia de establecer la salud como un derecho fundamental. Para Colombia, esto significa un mayor enfoque en el bienestar social y acercar los servicios de salud a la gente. Es necesario un mejor acceso a los medicamentos esenciales, así como una supervisión más estricta de los proveedores de atención médica, como hospitales, centros médicos y clínicas especializadas. Todas las entidades que se benefician de la prestación de servicios médicos y quirúrgicos deben rendir cuentas.

Capítulo 2.

DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

Se entiende por privación de libertad cualquier forma de detención o prisión. En ese sentido, los Estados deben garantizar que los servicios de salud prestados en los lugares donde se encuentran las personas privadas de su libertad, estén coordinados con el sistema de salud pública, para garantizar el Derecho fundamental a la salud en estos lugares.

2.1 Perspectiva Internacional.

Como afirma la CIDH, (2008), toda persona privada de su libertad, que esté sujeta a la jurisdicción de cualquier país miembro de la OEA, será tratada con humanidad y respeto a su dignidad inherente, derechos y garantías fundamentales, y en estricto cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos.

El Estado debe garantizar que a las personas privadas de libertad se les respete su vida, salud, integridad personal, y dignidad. Así mismo, serán protegidos contra todo tipo de amenazas, tortura, ejecución, desaparición forzada, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, violencia sexual, castigos corporales, castigos colectivos, intervención forzada o trato coercitivo, deshumanización o reducción de la integridad física o psíquica de una persona.

La ley debe asegurar que la libertad individual sea garantizada como regla general y que la privación preventiva de libertad se aplique como excepción en los procesos judiciales o administrativos, según lo previsto en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

En el marco del proceso penal, debe existir prueba suficiente que vincule al imputado con los hechos investigados para justificar una orden de privación preventiva de libertad. Además, debe respetar también los principios de legalidad, presunción de inocencia, necesidad y

proporcionalidad. En la medida estrictamente necesaria en una sociedad democrática, ésta sólo puede garantizar que no haya obstrucción alguna en el desarrollo efectivo del proceso judicial.

Además, toda persona privada de su libertad debe tener derecho a un examen médico o psicológico imparcial y confidencial por parte de personal de salud calificado inmediatamente después de su ingreso a una prisión o lugar de detención para verificar su estado de salud física o psíquica, y si existe alguna lesión o enfermedad, determinar su tratamiento. La información médica o psicológica será incluida en el registro oficial respectivo y, en caso de ser necesario, será trasladada a la autoridad competente.

Las personas privadas de la libertad gozarán del derecho a la salud, incluida la atención médica adecuada, acceso al tratamiento y medicamentos gratuitos; implementación de programas de educación y promoción de la salud, tratamiento de enfermedades y otras medidas especiales para atender las necesidades específicas de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo. (CIDH, 2008)

En todos los casos, la prestación de servicios médicos debe guiarse por los siguientes principios: confidencialidad de la información médica, autonomía de los pacientes sobre su propia salud y consentimiento informado en la relación médico-paciente.

Así mismo, las mujeres y niñas privadas de libertad deben tener derecho a servicios médicos especializados acordes con sus características físicas y biológicas y que atiendan adecuadamente sus necesidades de salud reproductiva. En particular, deberán recibir atención médica ginecológica y pediátrica antes, durante y después del parto, la cual deberá realizarse no en lugares de privación de libertad, sino en hospitales o instituciones designadas. Si esto no es posible, no habrá registro oficial de los nacimientos que se produzcan en los lugares de privación de libertad.

Por su parte, en las cárceles de mujeres y niñas, debe haber instalaciones dedicadas, con el personal y los recursos apropiados, para tratar a las mujeres embarazadas y las niñas y las mujeres que acaban de dar a luz. Si a las madres o padres privados de libertad se les permite mantener en prisión a sus hijos menores de edad, se deben tomar las medidas necesarias para organizar guarderías con personal calificado y servicios educativos, de atención pediátrica y nutricional, a fin de salvaguardar el interés superior del niño.

De manera similar, las personas privadas de libertad tienen derecho a la alimentación de calidad y en condiciones higiénicas. Teniendo en cuenta los aspectos culturales, religiosos y las necesidades o dietas especiales de dichas personas. La alimentación debe ser de manera regular y la ley debe prohibir la suspensión o restricción de los alimentos como medida disciplinaria.

El Buen Trato a las Personas Privadas de la Libertad.

El buen trato en los privados de libertad es un requisito fundamental de los derechos humanos. Los Estados tienen la obligación de garantizar el buen trato de las personas privadas de libertad y de tomar medidas efectivas para prevenir y sancionar cualquier forma de maltrato o abuso.

Los autores Gallego Giraldo & Posada , (2013), en su libro denominado "*Delito y tratamiento penitenciario en el contexto de los derechos humanos"* profundizan sobre el buen trato de las personas privadas de la libertad y explora la relación entre el sistema de justicia penal y el respeto de los derechos humanos de las personas privadas de libertad.

También se analizan las obligaciones de los Estados en relación con el tratamiento penitenciario y la rehabilitación de los delincuentes. Los autores argumentan que el tratamiento penitenciario debe ser enfocado en la rehabilitación y la reinserción de los delincuentes en la sociedad, y no solo en la retribución o castigo. Además, se discuten los desafíos y limitaciones en la

implementación efectiva del tratamiento penitenciario en el contexto de los derechos humanos, así como las posibles soluciones para mejorar el sistema de justicia penal y penitenciario.

Al respecto, se identifican algunos de los principales desafíos y limitaciones que enfrentan los sistemas de justicia penal y penitenciario, como lo son la falta de recursos y financiamiento, la sobrepoblación carcelaria, la falta de capacitación y formación del personal penitenciario, la corrupción y la falta de voluntad política.

En cuanto a las posibles soluciones, los autores sugieren que se deben tomar medidas para mejorar la formación y capacitación del personal penitenciario, aumentar el financiamiento para los sistemas de justicia penal y penitenciario, y mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones involucradas en el tratamiento penitenciario. También se discuten posibles soluciones para abordar la sobrepoblación carcelaria, como el uso de medidas alternativas a la prisión y la implementación de programas de rehabilitación y reinserción social.

Además, se destaca la importancia de la participación de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales en la promoción y protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad, y la necesidad de que los estados rindan cuentas por las violaciones de los derechos humanos en el contexto de la justicia penal y penitenciaria.

En resumen, sugieren que, para mejorar la implementación efectiva del tratamiento penitenciario en el contexto de los derechos humanos, es necesario abordar los desafíos y limitaciones que enfrentan los sistemas de justicia penal y penitenciario, y tomar medidas concretas para mejorar las condiciones de detención y promover la rehabilitación y reinserción de las personas privadas de libertad en la sociedad.

Por último, abordan el tema del buen trato de las personas privadas de libertad como un componente esencial del respeto y protección de los derechos humanos en el contexto del sistema de justicia penal y penitenciario. Los autores ofrecen una perspectiva crítica y reflexiva

sobre los desafíos y limitaciones en la implementación efectiva del tratamiento penitenciario y la rehabilitación de los delincuentes, y proponen soluciones para mejorar el sistema de justicia penal y penitenciario en el marco del respeto de los derechos humanos.

2.2 Derecho a la Salud de los Nacionales Privados de la Libertad.

La Corte Constitucional, en Sentencia T-825 de 2010, plantea que, en Colombia, la salud es un derecho básico que debe ser accesible a todos los ciudadanos, esto incluye a los reclusos que están bajo el cuidado de las autoridades penitenciarias. Por lo tanto, es obligación de las autoridades penitenciarias brindar atención médica oportuna y eficiente, y garantizar que los procedimientos médicos requeridos, incluyendo pruebas, medicamentos, intervenciones, consultas, o cirugías, se realicen de manera efectiva. Al hacerlo, pueden garantizar que el derecho a la salud del interno sea protegido de acuerdo con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Corte Constitucional, T-825, 2010)

El Decreto 2245 de 2015 regula la atención de la salud de las personas privadas de libertad, de conformidad con la Ley 1709 de 2014, específicamente los artículos 65 y 66. El Decreto 1142 de 2016 modificó este régimen para integrar a esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto incluye la afiliación a los regímenes contributivo, especial o de excepción para quienes califiquen y el acceso subsidiado a la salud para quienes no lo hagan.

Así mismo, la Resolución 5159 de 2015, que regula la salud de las personas privadas de libertad, fue revisada en 2016 a través de la Resolución 3195. Esta modificación amplió el número de entidades elegibles para la prestación de salud para incluir a las responsables de los regímenes contributivo, especial o de pensión. Se mantiene el foco en la atención interna, con énfasis en sistemas eficientes de referencia y contra referencia para acceder a los servicios de salud extramuros.

Para salvaguardar la salud y el bienestar de las personas privadas de libertad a raíz de la pandemia de COVID-19, el Ministerio de Salud ha emitido un conjunto integral de directivas para INPEC, USPEC y otros miembros del Sistema Penitenciario y Carcelario. Estas directrices establecen las medidas y protocolos necesarios que deben ser implementados por estas entidades para asegurar que se respeten los derechos básicos de estas personas. Además, las pautas describen los pasos que deben tomar los proveedores de atención médica tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios y penitenciarios con el propósito de detección, diagnóstico y atención.

En ese contexto, el gobierno colombiano ha publicado un conjunto de lineamientos destinados a controlar y prevenir la propagación de COVID-19 entre la población privada de libertad o PPL. Estos lineamientos incluyen medidas para la prevención, contención y mitigación del virus en los establecimientos penitenciarios. Además de estos lineamientos, se ha introducido la Resolución 313 de 2021 como modificación de la Resolución 843 de 2020, por la que se adopta un Protocolo de Bioseguridad para la gestión y control de riesgos del COVID-19 en los establecimientos penitenciarios. El Protocolo describe acciones específicas que deben tomar las entidades dentro del Sistema Penitenciario y Carcelario para prevenir y controlar la propagación del virus.

Cabe agregar que cuando se habla del derecho humano a la salud en personas privadas de la libertad, se trabaja en conjunto con algunos lineamentos, manuales y otros marco normativos como la Guía de prevención VIH-Sida, Manual técnico administrativo para la implementación del modelo de atención en salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC, Resolución 5512 de 2016 por la cual se establece requisitos de afiliación de las personas privadas de libertad o arresto domiciliario, Manual de Gestión Integrada para la Atención Integral y Diferenciada de la Salud Mental de la Población Privada de la Libertad, Normograma sigla SISIPEC, la Circular

conjunta 00000029 de 2016 en donde el INPEC supervisa la contratación de servicios de salud para la población privada de la libertad.

Impacto de la Reclusión en la Vulnerabilidad Personal.

La experiencia de estar privado de la libertad trae consigo desafíos. Los reclusos enfrentan dificultades al estar en un entorno disruptivo, que los obliga a romper ciertos lazos con sus seres queridos, y experimentar un apoyo social reducido. Además, pueden ser objeto de un escrutinio discriminatorio por parte de la sociedad. (Ministerio de la Protección Social, 2011)

La situación en las prisiones del país a menudo se ve agravada por factores ambientales como el hacinamiento, la violencia y el acceso deficiente a servicios de calidad. Estos factores elevan los niveles de estrés, dificultan la adaptación y el mantenimiento de condiciones sanitarias satisfactorias.

Volviendo la atención a las unidades penitenciarias estándar, se hace evidente que hay una escasez de espacio para que los reclusos participen en actividades recreativas. Esta deficiencia conduce a restricciones en las necesidades culturales de los reclusos, lo que puede generar sentimientos de vulnerabilidad y frustración que pueden extenderse a los demás reclusos. Además, los alojamientos confinados pueden dar lugar a una falta de privacidad, lo que obliga a los reclusos a compartir celdas con extraños o personas con las que tienen poco en común. (Galán Casado & Moraleda Ruano, 2018)

De manera que, viviendo en encierro, la ansiedad es una constante compañera del preso. Se intensifica con las tensiones habituales que acompañan a la vida en prisión, lo que hace que el individuo se vuelva más vulnerable. Los mecanismos de afrontamiento a menudo se manifiestan como comportamientos disruptivos debido al impacto emocional de estar en un estado de vigilancia constante, aislamiento social y desconfianza.

Decreto 546 de 2020 “COVID-19”.

En respuesta a la creciente amenaza de Covid-19 en los centros penitenciarios hacinados, el Ministerio de Justicia tomó medidas con el Decreto 546 de 2020. Dicha legislación priorizaba la seguridad de los reclusos vulnerables y reemplazaba las medidas de seguridad penitenciaria con la opción de detención domiciliaria. Esta solución temporal aplicaba para internos mayores de 60 años con condiciones degenerativas como cáncer o VIH, mujeres embarazadas, madres con hijos menores de tres años y personas con discapacidad física. (Puerta, 2020)

Así mismo, dicho decreto tuvo como objetivo cobijar a las personas declaradas culpables de delitos punibles con hasta 5 años de prisión, incluidos aquellos que hayan cumplido el 40% de su condena. Sin embargo, dejó fuera 77 delitos, como homicidio, narcotráfico y concierto para delinquir, que conforman el 66% del total de condenas. Este enfoque tibio ha sido criticado por académicos y analistas como excluyente, y algunos atribuyen su implementación al sentimiento público en lugar de a la gravedad de la situación actual. (Puerta, 2020)

Ahora bien, los procedimientos de ejecución del proyecto enfrentaron desafíos significativos, ya que permanecían dentro de la jurisdicción del INPEC, las defensorías del pueblo y las fiscalías. Estas instituciones ya están abrumadas y requerirían un período prolongado para identificar a las personas relevantes cuyos casos deben ser revisados por jueces que ya están sobrecargados. Además, la transferencia a la virtualidad exacerba aún más la limitación. Una vez identificado, el sujeto debía firmar un documento de compromiso aceptando regresar a prisión después de seis meses. El INPEC era responsable de velar por el cumplimiento del arresto domiciliario temporal a través de llamadas y visitas, pero la falta de recursos de personal imposibilitaba el cumplimiento total de esta función.

Capítulo 3.

PRIVACION DE LA LIBERTAD APROXIMACION A LA DETENCION TRANSITORIA

La situación en los diferentes centros de detención transitoria es una problemática generalizada a nivel nacional, que para su oportuna comprensión debe ser abordada desde una esfera multidisciplinar, pues esta incluye aspectos jurídicos importantes como la actual congestión judicial, las diferentes vulneraciones en materia de Derechos fundamentales de quienes se encuentran detenidos hasta problemáticas a nivel central que vinculan especialmente a la Política Penitenciaria y a las diferentes entidades territoriales a cargo. Así pues, las diferentes personerías y defensorías del pueblo en conjunto con organizaciones que abogan por los Derechos Humanos han cuantificado en cifras esta situación y el panorama es poco alentador, pues reflejan que las soluciones para mitigar esta situación han sido insuficientes.

3.1. Situación Nacional en los centros de detención transitorios:

La Corte Constitucional ha realizado un análisis de constitucionalidad de la privación permanente de la libertad en varias de las estaciones de policía, especialmente con aquellas personas con medida de aseguramiento de detención preventiva o condena, y que están en estaciones de policía o unidades de Reacción inmediata (URI).

En la sentencia S C-143 de 2015 aborda esta situación desde la esfera de la dignidad humana, entendido que: “La consagración constitucional del principio de la dignidad humana, indica que debe existir un trato especial hacia el individuo, ya que la persona es un fin para el Estado(…)”26, y en esta medida ha identificado tres lineamientos con relación al objeto de protección de este principio: i) la autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), ii) unas condiciones de vida cualificadas, referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida (mínimo vital)

y iii) la intangibilidad del cuerpo y del espíritu, entendida en un sentido negativo como la prohibición de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y, en un sentido positivo como la obligación del estado de asegurar que la pena y los medios dispuestos para ella, constituyan una efectiva posibilidad de reinserción social. (Corte constitucional, 2015).

Cabe analizar que en el caso de las personas privadas de la libertad vemos como principalmente se vulnera tanto el segundo como el tercer objeto de protección que le ha asignado la Corte Constitucional a la dignidad humana y adquieren total protagonismo en las personas privadas de la libertad en estos centros de detención transitoria, de igual forma, vemos como también la falta de alimentos que la gran mayoría sufren, no está desligado a la dignidad humana y que incluye vulneraciones al derecho a la salud e integridad personal, en sentencias T-718 de 1999, T-208 de 2009 y T-274 de 2009 ha manifestado que “El hambre, que supone necesariamente sufrimiento y ostensible daño a la integridad personal -física y mental- de quien la padece, constituye un trato cruel e inhumano, proscrito por nuestro ordenamiento, y, por contera, implica, contra la Constitución, una pena adicional no contemplada en la ley”.

Frente al hecho de que estas personas no cuenten con la debida atención médica, han resaltado en la sentencia T-151 de 2016; la cual busca resolver la situación problemática de los detenidos en la Capital del País, afirmando que la salud de las personas detenidas en dichos lugares, en virtud de una medida de aseguramiento de detención preventiva o de una condena, debía ser asumida por el INPEC en obligación compartida con la USPEC: “La obligación (…) de garantizar la afiliación y atención en salud no deja de existir porque por la omisión de los servidores del INPEC no se haya asumido la vigilancia y custodia de las personas con medida de aseguramiento de detención preventiva y con penas de prisión, luego de legalizada la captura”32. En consecuencia, se entiende que la detención irregular en las estaciones de policía no excluye la responsabilidad del INPEC y de la USPEC frente a la atención en salud de los detenidos (Corte constitucional, 2016).

Una de las jurisprudencias más relevantes en materia de detención transitoria y personas privadas de la libertad es la sentencia de unificación SU122/22. En esta, se desarrollan conceptos claves como la extensión del estado de cosas inconstitucional por Hacinamiento en centros de detención transitoria, la libertad como derecho Fundamental, las medidas de Aseguramiento en la Ley 906 de 2004, la Detención preventiva, así como el desarrollo doctrinal sobre la relación especial de sujeción entre los internos y el estado. Así pues, en esta sentencia se toman nueve expedientes acumulados en los cuales todos refieren a situaciones de personas privadas de la libertad tanto en las inspecciones, estaciones y subestaciones de Policía. De dichas acciones de tutela cuatro fueron presentadas propiamente por las personas y las otras a través del Ministerio Público, procuradores judiciales y por un agente oficioso.

En estas acciones todas concuerdan en que existe hacinamiento, fallas de infraestructura, imposibilidad de acceder a los servicios sanitarios y de salud, falta de visitas de familiares y de sus representantes legales, riñas, brotes que afectan la piel y que hay omisión en la provisión de alimentos e implementos de aseo. Por lo tanto, solicitan tanto la protección de sus derechos fundamentales de una vida digna y al de gozar de buena salud, así como el traslado de estas personas a los debidos establecimientos penitenciarios y carcelarios, pues las personas con medida de aseguramiento de detención preventiva y condenadas permanecen en tales lugares durante periodos mayores a treinta y seis horas.

Con la situación anterior, la Policía Nacional ha afirmado que ha sido de manera forzosa que le ha tocado cumplir con funciones que la normativa aplicable no le atribuye, tal como lo es la custodia de personas procesadas y condenadas, y que esta reclusión le compete al INPEC y las demás autoridades carcelarias y penitenciarias. Por su parte, y a través de sus informes cuentan de las dilaciones a las que se deben enfrentar sus oficiales cuando toman medidas para solicitar el traslado de una persona a un establecimiento de reclusión. (Corte constitucional, 2022)

Cabe agregar que, estas tutelas también han tenido en común respuestas símiles por parte de Autoridades competentes del INPEC y USPEC, pues sostienen que han cumplido la totalidad de sus obligaciones, y que no han vulnerado derecho alguno de las personas. Enfatizan en que la sobrepoblación generalizada del Sistema Penitenciario y Carcelario, sumado a órdenes de cierre de establecimientos de reclusión, lleva a que la institución no pueda recibir a la totalidad de personas con medida de aseguramiento de detención preventiva o incluso condenadas. Así mismo, estas entidades explican que los cierres de las cárceles se derivan de la manera como determinados jueces de tutela han aplicado la regla de equilibrio decreciente establecida en la Sentencia T-388 de 2013, que implica, como los establecimientos penitenciarios y carcelarios con hacinamiento no pueden recibir a más personas de las que salen de ellos.

De igual forma, manifiestan que este tipo de situaciones también se presentan en virtud de un incumplimiento de las entidades territoriales de las obligaciones que el Código Penitenciario y Carcelario (Ley 65 de 1993) les asigna, específicamente, en relación con las personas con medida de aseguramiento de detención preventiva dado que las entidades territoriales no cumplen las obligaciones de construcción y administración de cárceles, y desde el nivel central deben suplir tal incumplimiento, pero sus capacidades resultan excedidas.

Por su parte, en los casos en los que se ha proferido respuesta por parte de las entidades territoriales sostienen que la situación se da por un incumplimiento de las entidades que conforman el nivel central del Sistema Penitenciario y Carcelario. Defienden que si han cumplido las obligaciones que la Ley 65 de 1993 les asigna en relación con las personas procesadas (con medida de aseguramiento de detención preventiva). Agregan que en los casos en que no existen cárceles de detención preventiva departamentales o municipales, cumplen sus obligaciones a través de la inversión de recursos y la suscripción de convenios interadministrativos para que el INPEC reciba a las personas procesadas en sus establecimientos, tal y como el Código Penitenciario y Carcelario las habilita a hacer.

En respuesta a las nueve acciones de tutela, estas fueron negadas o declaradas improcedentes, pues, los jueces de instancia coincidieron en que los hechos alegados en las solicitudes se derivan de una situación estructural del Sistema Penitenciario y Carcelario, cubierta por la declaración que la Corte Constitucional hizo del estado de cosas inconstitucional, por lo que sus facultades se ven limitadas para intervenir en los casos concretos. Así mismo, agregaron que no le corresponde al juez de tutela impartir órdenes que impliquen erogaciones presupuestales y que, en cuanto jueces constitucionales, carecen de facultades para resolver situaciones relativas a la coordinación entre las autoridades involucradas.

Así pues, vemos como la corte constitucional en esta sentencia de Unificación, expresa claramente en sus consideraciones que las acciones de tutela son procedentes y que las personas que presentaron las acciones de tutela podían hacerlo, pues cumplen con el requisito de legitimación en la causa por activa, y que estas se podían interponer contra las autoridades demandadas, cumpliendo con el requisito de legitimación por pasiva. Así mismo, enfatizan que los accionantes no contaban con otro mecanismo de defensa judicial que resultara eficaz e idóneo en sus circunstancias particulares cumpliendo así con el requisito de subsidiariedad. (Corte constitucional, 2022)

Dicho tribunal, centra en dicha sentencia problemas jurídicos importantes como lo son: El determinar si existe una violación de los derechos fundamentales a la dignidad humana, integridad física y libertad personal cuando se priva de la libertad a una persona indefinidamente en un lugar destinado a detenciones temporales, analizar si los denominados centros de detención transitoria y espacios similares deben contar con condiciones de estancia iguales a las de un establecimiento penitenciario y/o carcelario, determinar las entidades estatales responsables de garantizar condiciones dignas de custodia en los denominados centros de detención transitoria o temporal, mientras la persona detenida espera la definición de su situación jurídica.

En inicio, la Sala Plena advirtió que la categoría o denominación de “centros de detención transitoria” es meramente jurisprudencial y fue originada como una respuesta jurídica a la grave situación que se presenta actualmente en las estaciones y subestaciones de policía y unidades de reacción inmediata de la Fiscalía y lugares similares, en dónde se mantienen a personas detenidas más allá de las 36 horas dispuestas por la Constitución. Sin embargo, aducen que el concepto no es legal y en realidad responde a una situación inconstitucional, agregando que el uso de estos espacios constituye una violación sistemática a los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad de manera preventiva, toda vez que estos lugares no están diseñados para custodiar seres humanos más allá del límite constitucional.

Dentro de las consideraciones más importantes emitidas por la corte en esta sentencia refieren a jurisprudencia en materia de libertad como valor, principio y derecho fundamental dentro del Estado social de derecho y sus restricciones legítimas; las medidas de aseguramiento y la detención preventiva en el ordenamiento constitucional y legal, la suspensión y restricción de derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad y los deberes del Estado como consecuencia de la relación de especial sujeción y las obligaciones de las autoridades estatales encaminadas a garantizar los derechos de las personas privadas de la libertad.

Así mismo, profundiza en los diferentes estándares internacionales de protección de los derechos de esta población; la situación actual del Sistema Penitenciario y Carcelario en referencia al estado de cosas inconstitucional declarado por la Corte en las sentencias T-153 de 1998, T-388 de 2013 y T-762 de 2015 y en especial al enfoque de la política pública penitenciaria y carcelaria. La sala enfatiza en que las estaciones de policía y lugares similares no son espacios aptos para mantener personas privadas de la libertad de manera prolongada, al no contar con la infraestructura necesaria para garantizar los derechos fundamentales no restringidos y en condiciones dignas mínimas de custodia.

Reitera que la privación de la libertad debe ser una medida excepcional como respuesta a la comisión de un delito o como medida de aseguramiento; y que las autoridades del Estado central y territoriales deben cumplir con el principio de colaboración armónica de poderes y ejecutar adecuadamente sus funciones y competencias en el marco del sistema carcelario y penitenciario.

Por último, la corte tanto en su parte resolutoria, decide extender la declaración del estado de cosas inconstitucional contenida en la Sentencia T-388 de 2013 para garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad en centros de detención transitoria, como inspecciones, estaciones y subestaciones de Policía y unidades de reacción inmediata y suspender la aplicación de la regla de equilibrio decreciente prevista en la Sentencia T-388 de 2013 hasta tanto no se adelanten las medidas estructurales formuladas y se atiendan las condiciones indignas en las que se encuentran las personas privadas de la libertad en dichos centros.

Así mismo, se destaca la orden al INPEC que, dentro de los dos (2) meses siguientes a realizar las actuaciones adecuada para el traslado de todas las personas privadas de la libertad a quienes un juez les haya impuesto la medida de detención preventiva en el lugar de residencia o concedido la prisión domiciliaria, cuya ejecución está pendiente, al lugar donde debe cumplirse la medida de aseguramiento o la medida sustitutiva de la prisión intramural.

La Corte también ordeno a las entidades territoriales que en la celebración de los convenios con el INPEC a los que hace referencia el artículo 19 de la Ley 65 de 1993, tener en cuenta que la suscripción de esos convenios no puede llevar a crear hacinamiento. Aclara también que, las entidades territoriales que tienen bajo su jurisdicción inspecciones, estaciones, subestaciones de Policía, URI y centros similares que, dentro de los cuatro (4) meses siguientes garanticen que las personas privadas de la libertad en estos lugares cuenten con las condiciones mínimas de alimentación, acceso a baños, ventilación y luz solar suficientes; así como la separación tanto entre hombres y mujeres, como entre menores y mayores de edad.

En Colombia, el hacinamiento y el acceso limitado a la atención medica en las Estaciones de Policía ha sido un problema generalizado. Las condiciones de detención en estas a menudo son subóptimas: hacinamiento en las celdas, detenidos durmiendo en el suelo, falta de atención médica, y carencia de servicios básicos como agua potable y una alimentación adecuada.

Es sabido que las Estaciones de Policía son centros de detención transitorios, en los cuales los detenidos deben permanecer un corto periodo de tiempo, mientras un juez de control de garantías, resuelve, en 36 horas, su situación judicial y se ordena su libertad o el traslado a un Centro Penitenciario. Sin embargo, debido a la congestión judicial y falta de disponibilidad de cupos, es común que haya personas detenidas de manera permanente en las Estaciones de Policía. Esto genera hacinamiento, debido a que reciben más personas de lo que permite su infraestructura; lo cual, sumado a falta de acceso a servicios básicos de salud, es, a su vez, una de las causas por las cuales cada vez se demanda mayor atención médica.

El panorama nacional de esta situación ha sido reportado en diversos medios de comunicación, así como en los diferentes informes de los organismos pertinentes: La defensoría del pueblo, en sus informes anuales afirma que: En el año del 2020, en las estaciones de Policía del país se registró un hacinamiento del 194 %. En 1.206 salas de 841 Estaciones de Policía o Centros de Atención Inmediata (CAI), se encuentran detenidas 17.478 personas, entre ellas 2.528 son condenados y 14.950 imputados, siendo la capacidad de las salas donde permanecen los reclusos en total es para 5.942. Para agosto del 2021 este mismo organismo informó que los centros transitorios tenían 19.471 personas privadas de la libertad en todo el país, pero su capacidad máxima es para solo 6727 personas, es decir, había un hacinamiento del 189% y para marzo de este mismo año los detenidos en estos lugares ascendieron a 20.951 personas, lo que llevo a que se presente un hacinamiento del 194%, para el año 2022 fue del 171%, esto significa que la capacidad total es de 6.727 personas, pero, actualmente hay 19.471 en esos sitios.

Para el transcurso del año 2023, la defensoría del pueblo afirma que, en sus visitas en los centros del país, hay más de 40.000 personas están privadas de la libertad en estos centros que deben ser para un tiempo máximo de 36 horas de reclusión, y han evidenciado que hay personas que llevan más de uno y dos años allí. Así mismo, profundiza en las estadísticas a nivel nacional que se han realizado en conjunto con las diferentes Alcaldías: en estas se reflejan casos alarmantes como el de Riohacha, Guajira, en donde los centros de detención registraban un hacinamiento del 2000%, Cali con un Hacinamiento del 477% en las estaciones de Policía e Ibagué con un hacinamiento del 731%.

Cabe agregar, casos puntuales como lo es el hacinamiento en la Estación de Policía del recinto en Usaquén, en el norte de la capital colombiana, pues alberga a 110 reclusos en un espacio con capacidad para 10. Frente a ello, el Ministerio de Justicia señala que las cárceles tienen un hacinamiento del 20%, mientras que el promedio nacional de los recintos de la policía ronda el 150%. Además, se agregan problemas como la limitada preparación que tienen los policías en el manejo de los detenidos, pues se analiza que los policías están entrenados para la seguridad y el combate del delito, no para la atención a la población y el cuidado del bienestar. (El país, 2023).

Según las cifras de la Policía Nacional en este 2023, hay 1.620 personas que ya fueron condenadas y deberían estar bajo custodia del INPEC, actualmente permanecen en estos centros de detención. Del total, 12.069 reclusos se encuentran en estaciones metropolitanas y 9.032 en los departamentos de policía. Frente lo anterior, la Personería de Bogotá se manifestó en enero de 2023 mediante un comunicado al respecto, expresando que el hacinamiento a inicios de año que se vive en las estaciones de Policía y URI de la ciudad es casi de 300% de su capacidad máxima. Además, insistió en que es una preocupación reiterada desde esta entidad. A corte del 16 de enero de 2023, en la capital hay 2.392 personas, cuando la capacidad de salas es apenas para 785. (Espectador, 2023).

Teniendo en cuenta las situaciones anteriores, la Corte Constitucional extendió el Estado de Cosas Inconstitucional que se declaró sobre en las cárceles del país a los centros de detención transitoria como las estaciones de policía y las URI, pues encontró una violación generalizada de derechos. Así mismo, la Sala identificó que la aplicación de la regla de equilibrio decreciente, que fue el remedio judicial formulado en el fallo T-388 de 2013, es insuficiente para enfrentar la crisis carcelaria pues esta consistía en que solo se podrían recibir nuevos pesos en las cárceles, provenientes de estos centros transitorios, en el mismo número, o inferior, en que personas que estuvieran en las cárceles, salieran. Por otra parte, la corte indica que las causas de esta situación de hacinamiento en las estaciones de policía se encuentran en diferentes fases de la política criminal del Estado, en cuanto existen vacíos normativos frente a la distribución de competencias entre autoridades de los distintos niveles territoriales, así como en los altos índices de criminalidad y una aplicación abusiva o excesiva de la detención preventiva, entre otras. (El tiempo, 2022)

3.2. Situación de Santiago de Cali en los centros de detención transitorios:

Según el último informe presentado por la personería de Santiago de Cali sobre el hacinamiento tanto en el sistema penitenciario como en las estaciones de policía y CAT, se afirma como en este distrito persisten las situaciones que dieron lugar a la declaratoria del estado de cosas inconstitucional en materia penitenciaria; por un lado la tasa de hacinamiento en las estaciones de policía de Cali supera el 247% y en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad Carcelario de Cali, asciende al 101%, y por otro, las medidas tomadas desde el orden nacional para la mitigación de la situación no han sido atendidas de manera efectiva o su alcance ha sido insuficiente.

Con respecto a la situación de hacinamiento en las Estaciones de Policía y Centros Transitorios de Detención presentes en el Distrito de Santiago de Cali, según información suministrada por la Policía Metropolitana de Santiago de Cali, a corte del 5 de abril del 2021 se encuentran privadas de la libertad en estos lugares un total de 1654 personas. Al sumar la capacidad instalada de todas las Estaciones de Policía y los CAT, se tiene que el total es de 476, con lo cual se puede evidenciar que el hacinamiento total en estos espacios es de 247,5%. De estas personas, 98 son mujeres y 1556 hombres. (Personería, 2021)

Las diferencias entre la capacidad instalada de las estaciones de policía y los CAT con respecto al número de personas detenidas en ellas, representa más del doble de su capacidad y en el caso del Distrito 4 se presentan los mayores casos de sobrepoblación, superando en más de 10 veces su capacidad instalada en salas de detención. Bajo la misma lógica de las cifras analizadas en el EPMSC de Cali, se ha podido evidenciar que solo 32 de las personas privadas de la libertad en centros transitorios del Distrito de Santiago de Cali tienen condenas, mientras que el 1622 se encuentran sindicadas. (Personería, 2021)

Teniendo en cuenta el panorama actual en Santiago de Cali, se aterrizó esta misma situación a una estación concreta: La Estación de Policía La Flora, en la cual después de su caso de estudio se demostró que cuenta con un 400% de hacinamiento carcelario, en comparación con otras Estaciones de policía, siendo este un factor determinante al momento de evaluar el Derecho Humano a la salud en las personas que se encuentran privadas de la libertad allí.

Esta institución policial está ubicada en el norte de la ciudad de Cali, atiende una amplia zona de barrios residenciales y comerciales. Su objetivo principal es garantizar la seguridad y el orden público en su jurisdicción. Actuando de conformidad con el artículo 23 del Decreto 2203 del 1993, se han implementado una serie de actividades y operaciones que buscan prevenir y controlar la delincuencia en la zona, tales como: procedimientos en materia de vigilancia urbana, la elaboración de diagnósticos sobre la problemática delincuencial del sector urbano, y la

coordinación de la ejecución de programas planteados desde el nivel central de la Policía Nacional. Para ello, cuenta con un equipo de policías debidamente capacitados, así como con una serie de recursos y tecnologías para la atención de emergencias y la gestión de la seguridad. Un ejemplo de lo anterior es el Helicóptero recientemente adquirido por la Policía Metropolitana de Cali, equipado con una cámara FLIR con filtros infrarrojos y de visión térmica, capaces de trabajar en cualquier condición atmosférica y una cámara que permite identificar placas y rostros de personas desde las alturas, además de unos altavoces con un radio de difusión que tiene capacidad para llegar 500 metros a la redonda. (El Tiempo, 2023)

Los funcionarios de la Estación de Policía de la Flora encargados de hacer cumplir la ley, buscan, a su vez, salvaguardar los derechos humanos. Para ello, han implementado prácticas institucionales transparentes, medidas preventivas y jornadas de educación cívica, que tienen como propósito contribuir al fortalecimiento de valores sociales, éticos y culturales en los jóvenes en pro de la convivencia ciudadana. (Alcaldía de Cali, 2023).

Igualmente, han encabezado una iniciativa de modernización que responde a las necesidades de la comunidad, la cual fue propuesta en el año 2010 y planteó trasladar la Estación a una mejor ubicación en la Avenida 3 Norte con Calle 23B Norte. El subteniente Juan Ramón Sepúlveda Pineda, jefe de la Oficina de Construcciones de la Policía, informó que esta nueva Estación se requerirá una inversión de $1.850 millones, e indicó que la nueva sede, al igual que las que se construyen en El Caney y El Guabal, ocupará un área de 1.800 metros cuadrados. Además, afirma que el edificio tendrá tres pisos con cuatro módulos dotados de armarios y baños independientes con capacidad para albergar a 60 patrulleros. (El país, 2010)

Sin embargo, también han enfrentado una serie de desafíos al desempeñar sus funciones, como la falta de recursos y de personal, poca coordinación con otras instituciones, y la presencia de organizaciones criminales en la zona; lo cual ha afectado la capacidad de respuesta de la Estación al momento de garantizar la seguridad y el orden público de la zona.

En este contexto, la Estación de Policía La Flora se ha convertido en un caso de estudio relevante para las instituciones que buscan la protección de los Derechos Humanos, la personería, la Defensoría del Pueblo, e incluso los mismos practicantes del Derecho en su interés por comprender los desafíos que enfrenta la Policía como institución; y así diseñar estrategias que permitan mejorar su desempeño y su capacidad de respuesta.

Cabe agregar que durante la pandemia por el COVID-19, la Estación de Policía La Flora enfrentó nuevos desafíos y tuvo que adaptarse a las nuevas condiciones para garantizar la seguridad de la población en su jurisdicción y la de sus propios miembros. Entre las medidas adoptadas se encuentran la implementación de protocolos de bioseguridad para el personal policial y los visitantes de la estación, incluyendo el uso obligatorio de tapabocas, la toma de temperatura, el lavado de manos y la desinfección frecuente de superficies y objetos; el distanciamiento físico en la atención al público y la implementación de citas previas para trámites y recepción de denuncias; la implementación de campañas de comunicación y sensibilización para la prevención del COVID-19, dirigidas a la comunidad y el personal policial; y la coordinación con otras instituciones y entidades para la atención de emergencias y la gestión de la seguridad en la zona de jurisdicción, incluyendo la atención médica y la gestión de la movilidad.

Por otro lado, se presentó un derecho de petición de información sobre el Derecho a la salud en la Estación de Policía La Flora, del cual se obtuvo la siguiente información: durante el período comprendido entre los años 2020-2022 se registró un total de 352 personas privadas de la libertad, de las cuales 15 presentaron solicitudes de arresto domiciliario en virtud del Decreto 456 de 2020, expedido en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en contexto del Covid-19. Los delitos de hurto, homicidio y acceso carnal violento son los más comunes entre las personas privadas de la libertad en la Estación de Policía La Flora.

En cuanto a las buenas prácticas en materia de salud para los detenidos en la estación de policía La Flora, se destaca el aseo permanente de las salas de reclusión de las personas privadas de la libertad, se realizan brigadas de salud a cargo de la Secretaría de Salud Distrital de Cali, lo cual consiste en la aplicación de pruebas de VIH, sífilis y vacunación. Además, durante las visitas a los internos, se permite el ingreso de implementos de aseo, contribuyendo a mantener un ambiente más higiénico. También es importante destacar que dentro de las personas que se encontraban en la estación de policía La Flora no se registraron casos de enfermedades graves o degenerativas. Así, esta Estación de Policía se ha adaptado a las nuevas condiciones que trajo la pandemia, en pro de garantizar la seguridad de la comunidad.

Los resultados de la investigación sobre el derecho a la salud en la Estación de Policía La Flora, muestran que, en el periodo 2020-2022, existió un 400% de hacinamiento carcelario, en comparación con otras Estaciones de policía, permitiendo analizar el Derecho Humano a la salud en las personas que se encuentran privadas de la libertad allí.

Dicha situación de hacinamiento se presenta principalmente debido a la falta de infraestructura y la congestión judicial, ya que la demora en los despachos judiciales obliga a las Estaciones de Policía a detener a personas durante el tiempo que se demoran en llevar a cabo las audiencias requeridas. Por lo anterior, es posible afirmar que dicho hacinamiento afecta de manera directa la salud ya que en esas condiciones se incrementa la propagación de enfermedades contagiosas, hay una mayor propensión a padecer enfermedades mentales, y existe una tendencia a disminuir la calidad en la alimentación.

En resumen, de acuerdo con la información recolectada, es posible afirmar que durante el período 2020-2022, la Estación de Policía La Flora en Cali registró un total de 322 personas privadas de la libertad, presentando un grave hacinamiento carcelario. Sin embargo, también implementó buenas prácticas en materia de salud, como el aseo permanente de las instalaciones y las brigadas de salud realizadas por la Secretaría de Salud Distrital de Cali.

CONCLUSIONES

1. Los diferentes instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y demás, reconocen al derecho a la Salud como un Derecho Humano, el cual incluye el bienestar íntegro del ser. Así mismo concuerdan que para que este se garantice en su totalidad no solo se requiere de un acceso médico oportuno, sino que está directamente relacionado con otros derechos humanos como la alimentación, vivienda, trabajo e educación. Así mismo, se estableció que este derecho debe trabajarse en conjunto con políticas que faciliten las condiciones para el pleno desarrollo de él, especialmente en materia de desarrollo social y económico, pues se ha visto como en poblaciones vulnerables se dificulta el pleno ejercicio de este.

2. El derecho a la salud en Colombia tiene un origen constitucional, que abarca desde el preámbulo de la Constitución Política de 1991, en el cual el Estado colombiano debe asegurar la vida de sus ciudadanos, así como el artículo 11 de la misma, en donde se reconoce específicamente el derecho a la vida como un derecho fundamental, y para que exista el cumplimiento de este derecho depende en gran medida de la garantía del derecho a la salud. Lo anterior, en conjunto con el articulo 49 en donde se otorga responsabilidad al Estado para ser garante de este. De igual forma, se ha visto como este derecho ha cambiado según las diferentes ideologías políticas y como desde una perspectiva jurisprudencial se abarca desde dos perspectivas, la primera de relación, la cual representa la conexión de este derecho con otros y la segunda centrada en la condición del actor como son los sujetos de protección.

3. El derecho a la salud en la población privada de la libertad desde una perspectiva internacional destaca la importancia de la atención médica adecuada, acceso al

tratamiento eficaz, especialmente aquel que responda a las condiciones propias de cada persona. Así mismo, destaca que la ley debe asegurar que la libertad individual sea garantizada como regla general y que la privación preventiva de libertad se aplique como excepción en los procesos judiciales o administrativos, según lo previsto en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Así pues, el derecho al buen trato hace énfasis en que el tratamiento penitenciario debe ser enfocado en la rehabilitación y la reinserción social, y que, por lo tanto, este principio debe regir en el ejercicio de cualquier actuación que involucre esta población en particular.

4. El Derecho humano a la salud de los nacionales privados de la libertad se encuentra regulado por marcos normativos en los que se destacan, el Decreto 2245 de 2015m, que regula la atención de la salud de las personas privadas de libertad, de conformidad con la Ley 1709 de 2014, en los artículos 65 y 66, el Decreto 1142 de 2016 que modificó este régimen para integrar a esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Resolución 313 de 2021 en la cual se adopta un Protocolo de Bioseguridad para la gestión del COVID-19 en los establecimientos penitenciarios. Todo esto, permitiéndonos analizar los sujetos que intervienen y el nivel de responsabilidad que ostenta cada uno en el cumplimiento de este derecho en esta población, jurisprudencialmente también se esclareció que, en mayor parte, esta obligación recae en las autoridades penitenciarias en brindar atención médica oportuna y en garantizar que los procedimientos médicos requeridos en las personas privadas de la libertad se efectúen.

5. La situación Nacional en los centros de detención transitoria, debe ser comprendida desde una visión jurisprudencial, especialmente por conceptos claves abordados en la sentencia SU122/22, pues desarrolla la extensión del estado de cosas inconstitucional, por Hacinamiento en centros de detención transitoria, la libertad como derecho Fundamental, las medidas de Aseguramiento en la Ley 906 de 2004, la Detención

preventiva, así como el desarrollo doctrinal sobre la relación especial de sujeción entre los internos y el Estado. De igual forma, se concluyó que las situaciones de Hacinamiento y acceso limitado a la atención medica que se experimenta en los centros de detención transitorios ha sido un problema generalizado a nivel nacional.

6. La situación en Santiago de Cali al ser analizada entre las diferencias entre la capacidad instalada de las estaciones de policía y los CAT con respecto al número de personas detenidas en ellas, representan más del doble de su capacidad y en algunas estaciones, se presentan mayores casos de sobrepoblación, superando en más de 10 veces su capacidad instalada en salas de detención. Lo anterior, se aduce a factores como falta de infraestructura y congestión judicial, pues la demora en los despachos judiciales obliga a las Estaciones de Policía a detener a personas durante el tiempo que se demoran en llevar a cabo las audiencias requeridas. Por tanto, las medidas que se han implantado hasta el momento en busca de mitigar la situación siguen siendo insuficientes.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones previas, se pueden sugerir algunas recomendaciones en relación con el derecho humano a la salud y las condiciones de las personas privadas de la libertad tales como: El fortalecimiento de políticas públicas, que garanticen desde el nivel central, el idóneo funcionamiento tanto de los centros de detención transitoria como de las cárceles especialmente en materia de infraestructura, mitigar la congestión judicial en el sistema de administración de justicia, pues la gran mayoría de personas privadas de la libertad en los diferentes centros de detención transitoria no tienen su situación jurídica resuelta.

Cabe resaltar la importancia de promover la formación y capacitación continua de los funcionarios de la estación de policía en temas relativos a los derechos humanos y atención en salud de las personas privadas de la libertad, garantizando el acceso oportuno a servicios de atención médica y salud mental, la implementación de medidas que permitan mejorar la higiene y la limpieza en las áreas de detención y de atención en salud en la estación de policía, incluyendo la provisión de elementos básicos de higiene personal.

El Fortalecer la coordinación interinstitucional entre las autoridades policiales y las instituciones de salud para garantizar una atención integral y adecuada a las personas privadas de la libertad, e implementar programas de rehabilitación y reinserción social que mejoren la situación de los detenidos, al igual que la implementación de estrategias de prevención del delito, especialmente en aquellos delitos más comunes. Por último, realizar seguimiento y evaluación constante de las medidas implementadas para garantizar el derecho a la salud y las condiciones de detención de las personas privadas de la libertad en la estación de policía, con el fin de identificar oportunidades de mejora y realizar los ajustes necesarios.

REFERENCIAS

Álvarez Castaño, L. S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Publica, 18*(2). Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v18n2/27145.pdf

ACNUR. (2000). *Observación general Nº 14.* Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf

Aday, L. A. (2000). An Expanded Conceptual Framework of Equity: Implications for Assessing Health Policy. En G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick , & S. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine.* SAGE Publications Ltd. doi:https://doi.org/10.4135/9781848608412

Ariza Juvinao, B. L., & De Luque Fernández, R. (2018). Desbordamiento del poder punitivo del estado: sobrepoblación carcelaria y penitenciaria en Colombia. *Tesis de Grado. UCC*. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7670

Benavides Cadena , M. (19 de Julio de 2022). *Se fugaron 36 detenidos de la Estación de policía de La Flora*. Obtenido de Caracol: https://caracol.com.co/emisora/2022/07/19/cali/1658228558_379317.html

CAECID. (2014). *Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud.* Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf

Camacho Monge, D. (2016). El concepto de derechos humanos. El dilema del carácter de los derechos humanos. *Revista de Ciencias Sociales, II*(152). Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/153/15348419001.pdf

Carranza, E. (2012). Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer? *Anuario De Derechos Humanos*(8), 31 – 66. doi:https://doi.org/10.5354/adh.v0i8.20551

CIDH. (2008). *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.* Obtenido de https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/mandato/basicos/principiosppl.asp#:~:text=Las%20personas%20privadas%20de%20libertad%20tendr%C3%A1n%20derecho%20a%20la%20libertad,p%C3%BAblicas%2C%20y%20para%20preservar%20el

Constitución Política. (1991). Editorial Legis.

Corte Constitucional (28 de abril de 1998) Sentencia T-153 [MP: Cifuentes, E.]. (1998). Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-153-98.htm

Corte Constitucional, T-111. (1993). MP: Hernández, J;. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/t-111-93.htm#:~:text=T%2D111%2D93%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=Dada%20la%20naturaleza%20de%20servicio,de%20eficiencia%2C%20universalidad%20y%20solidaridad.

Corte Constitucional, T-121. (2015). MP: Guerrero, L. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-121-15.htm

Corte Constitucional, T-192. (1994). MP: Hernández, J. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t-192-

94.htm#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20salud,proteger%20aquella%20de%20modo%20inmediato.

Corte Constitucional, T-760. (2008). MP: Cepeda, M. . Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm

Corte Constitucional, T-825. (2010). MP: Vargas, L. . Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-825-10.htm#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20salud,recluso%20al%20interior%20del%20establecimiento

Corte Constitucional, T-825. (2010). MP: Vargas, L. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-825-10.htm

No title. (s/f). Gov.co. Recuperado el 19 de junio de 2023, de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU122-22.htm

Sentencia C-143/15. (s.f.). Corte Constitucional de Colombia | Guardián de la Constitución. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/C-143-15.htm

Cortes Reinoso, C. G., & Escobar Ávila, E. S. (2021). Funcionamiento y financiación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad en Colombia. *Pontificia Universidad Javeriana*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/52703/TG%20CARLOS%20GUSTAVO%20CORTES%20REINOSO%20Y%20ERIKA%20SOLANYI%20ESCOBAR%20AVILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Galán Casado, D. A., & Moraleda Ruano, Á. (2018). Reflexiones sobre el impacto de la privación de libertad en la dimensión emocional de los internos recluidos en los centros

penitenciarios españoles. la educación emocional como complemento a la reinserción y reeducación. *EDETANIA*(53), 225-240.

Gañán Echavarría, J. L. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Superintendencia Nacional de Salud*(3), 7-19. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf

Gañán Echavarría, J. L. (2013). *De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia.* Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf

Gómez Ramírez, M. (2010). El estado de cosas inconstitucional. Análisis de los motivos de la Corte Constitucional para su declaratoria. *Trabajo de Grado. Universidad Pontificia Bolivariana*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/83/TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf?sequence=l

Gracia Guillén, D. (1989). *Fundamentos de Bioética.* Madrid: Editorial Eudema.

Hernández Jiménez, N. (2017). La resocialización como fin de la pena. Una frustración en el sistema penintenciario y carcelario colombiano. *Artigos, 30*(81). doi: https://doi.org/10.1590/S0103-49792017000300010

Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio , P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México D.F : McGrawHillEducation.

Julio Pretelt , J. D. (2017). El derecho a la salud en Colombia: evolución y defensa frente a un Estado que dista de ser garante. *Avances en Salud, 1*(2), 51-54. Obtenido de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087958/derecho-a-la-salud.pdf

Lopera Medina, M. M., & Hernández Pacheco, J. (2020). Health Situation of Population Derpived of Liberty in Colombia. A Systematic Review of the Literature. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 19*. doi:https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.sspp

López Hurtado, C. E. (2012). *La salud es un derecho humano.* Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud.

Mancipe Triviño, K. A. (2016). El hacinamiento carcelario: la vulneración de garantías procesales y derechos fundamentales para sindicados y condenados recluidos en una misma institución penitenciaria en Colombia. *Trabajo de Grado. Universidad La Gran Colombia*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/5273/Hacinamiento_carcelario_vulneraci%C3%B3n_garant%C3%ADas.pdf?sequence=1

Maya , E. (2008). El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37*(4), 496-503. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400003&lng=en&tlng=es

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Guía de Prevención VIH/SIDA población privada de la libertad.* Bogotá. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-poblacion-privada-libertad.pdf

Morrow, R. H., & Bryant, J. H. (1995). Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. *Am J Public Health, 85*(10). doi:10.2105/ajph.85.10.1356

Nieva Fenoll, J. (2016). La razón de ser de la presunción de inocencia. *Revista para el Análisis del Derecho*, 2-23. Obtenido de https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/view/305701/395579

Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos OSPDH. (2020). Manifiesto en contra del Decreto 546 de 2020 y en pro de la mejora real de las condiciones de privación de la libertad para los reclusos y el personal penitenciario afectados por el Coronavirus. *Revista Crítica Penal y Poder*(19), 167-176. Obtenido de https://revistes.ub.edu/index.php/CriticaPenalPoder/article/view/31392/31397

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2014). *Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones.* Nueva York. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/HBonOvercrowding/UNODC_HB_on_Overcrowding_ESP_web.pdf

OHCHR. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

OHCHR. (2008). Folleto informativo No. 31: El derecho a la salud. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf

OMS. (1946). *Constitución de la OMS.* Nueva York. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1

OMS. (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos.* Organización Mundial de la Salud. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS. (10 de Diciembre de 2022). *Salud y derechos humanos.* Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

Organización Mundial de la Salud OMS. (10 de Diciembre de 2017). *La salud es un derecho humano fundamental*. Obtenido de Centro de Prensa: https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html

Ortega Kiroz, K. J. (2021). Aplicación del Decreto 546 del 2020 en la penitenciaria de mediana seguridad de Tunja. *Universidad Santo Tomás*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/37816/2021karolortega.pdf?sequence=1

Parra Vera, O. (2003). *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales .* Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo .

Posada Segura, J. D. (2009). *El Sistema Penitenciario - Estudios sobre normas y derechos relacionados con la privación de la libertad.* (Primera ed.). Comlibros.

Presidencia de la República (14 de abril de 2020) medidas para sustituir la pena de prisión y medida de aseguramiento de detención preventina [Decreto 546 de 2020]. (2020).

Obtenido de https://acmineria.com.co/normativa/decreto-546-de-2020-detencion-domiciliaria-transitoria/

Puerta, A. (4 de Abril de 2020). *'Un paliativo burlón': sobre el decreto que da casa por cárcel a algunos privados para contener impactos del COVID-19*. Obtenido de Universidad de Antioquia: https://udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/!ut/p/z0/zVNRT4MwEP4r8MAjKTDG4JGQTbOMzLjEzL6Ysy1bFVpGizp_vS1mi9O4J2P21Lve3Xdfv7sijNYIC3jhG9BcCqiNf4-ThzQrojCPg8XV7bwI8qTIp5PV3SJKIzRH-NeEbDKLLQJ_2u1wjjCRQrM3jdat7DTUPWXgBaBOva1s2MHmQmmuezJw8YJecAqU

Robles Escobar, O. (2011). El hacinamiento carcelario y sus consecuencias. *Revista Digital de Ciencias Penales de Costa Rica*(13), 405-431. Obtenido de https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/RDMCP/article/view/12415/11663

Royos Bordonada, M. Á., & Frutos García, J. (2006). *Salud Pública y Epidemiología.* España: Editorial Diaz de Santos. Obtenido de http://dct.digitalcontent.com.co/sview/default.aspx

Tabares López, J. D. (2018). Enclosure technologies: the overcrowding. *Tec Social*(4). Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fondoeditorial.itm.edu.co/libros-electronicos/otras-publicaciones/tec-social/tecsocial-4.pdf

Tantaleán Odar, R. M. (2015). El alcance de las investigaciones jurídicas. *Derecho y Cambio Social*, 1-22. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5456857

Trujillo Vallejo, D. M., & Silva Arroyave, S. O. (2021). Preventive Detention in Colombia: Tensions between Constitutional Purposes and Fundamental Rights. *Estudios constitucionales, 19*(2), 325-356. Obtenido de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.cl/pdf/estconst/v19n2/0718-5200-estconst-19-02-325.pdf

Vélez Moreno, A. L. (2020). La situación de hacinamiento y su relación con apolítica criminal: cárcel Villahermosa de Cali. *Artículo de Investigación. Universidad Santo Tomás*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/33599/2021albalucy.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv, 22*(3). doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

WHO. (2003). *World Health Report 2003: Shaping The Future.* World Health Organization. Obtenido de https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789