

ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD PENITENCIARIA: CHILE Y EL MUNDO

Departamento de Investigación y Formación

LEASUR ONG

Agosto 2021

ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD PENITENCIARIA: CHILE Y EL MUNDO

Departamento de Investigación y Formación

LEASUR ONG

Catterina Díaz Sobenes
Cristian Maldonado Cerda
Amalia Valdés Riesco
Javiera Menay Caballero
Felipe Aguila Humeres
Claudia Vallejos Núñez
Claudia Padilla Rubio

Agosto 2021

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	6
II.	CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE SALUD Y CÁRCEL.....	7
	Conceptualización de la cárcel y caracterización de la población penitenciaria.....	7
	El derecho a la salud dentro de la cárcel.....	10
	Las Reglas Mínimas de Naciones Unidas.....	12
	La importancia de la cárcel para la salud pública.....	15
	Perspectiva sanitaria.....	15
	Perspectiva ética.....	16
III.	SISTEMA DE SALUD PENITENCIARIO.....	18
	Concepto de sistema de salud penitenciario.....	18
	Gobernanza en salud.....	18
	Organización de la atención en salud.....	18
	Modelos de sistemas de salud penitenciarios en el mundo.....	19
	Caso de Francia.....	19
	Caso de Suiza.....	19
	Caso de España.....	20
	Caracterización del sistema de salud penitenciario en Chile. Tradicionales v/s Concesionadas.....	20
	Psiquiatría forense.....	23
	Las atenciones de salud son adscritas en dos ejes.....	24
	Tendencias en políticas públicas de la salud penitenciaria.....	26
IV.	SALUD PENITENCIARIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA.....	28
	Salud penitenciaria.....	28
	Perfil de la población penitenciaria.....	28
	Población carcelaria.....	28
	Hacinamiento y sobrepoblación.....	30
	Mortalidad en prisión.....	30
	Morbilidad en prisión.....	32
	Enfermedades infectocontagiosas.....	32
	Otras enfermedades respiratorias e infectocontagiosas.....	35
	Enfermedades crónicas no transmisibles.....	35
	Enfermedades de riesgo cardiovascular.....	35
	Discapacidad en prisión.....	38
	Personas en situación de discapacidad privadas de libertad.....	39

Enfermedades en salud mental.....	41
Suicidio	42
Consumo de sustancias	43
Violencia, agresión, traumatismos	44
Salud y derechos sexuales y reproductivos	45
Salud sexual y reproductiva.....	45
Enfermedades de transmisión sexual.....	47
Dinámicas sexuales intracarcelarias	47
Grupos de especial interés	48
Población carcelaria femenina	49
V. SITUACIÓN DE SALUD PRE DELICTUAL.....	53
VI. SITUACIÓN DE SALUD POST PENITENCIARIA	55
Mortalidad post liberación	55
Salud Mental post liberación.....	55
Salud y reincidencia post liberación	56
Acceso a salud post liberación.....	56
VII. DISCUSIÓN: LA CÁRCEL COMO FACTOR PROTECTOR O FACTOR DE RIESGO	57
Factores de riesgo.....	57
Factores protectores	57
VIII. SALUD PENITENCIARIA DESDE UN ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	59
Definición y caracterización de enfoque de determinación social de la salud.....	59
La participación de la cárcel en modelo de determinantes sociales: determinantes y condicionantes ..	61
Condiciones carcelarias: relación entre condiciones y situación de salud. Violencia y salud mental.	
Hacinamiento y salud.	62
Consecuencias somáticas	62
Consecuencias psicosociales	63
Pérdida de vinculaciones.....	63
IX. CONCLUSIONES Y PROPUESTA SOBRE SALUD PENITENCIARIA EN CHILE	64
Salud penitenciaria en Chile	64
Salud como derecho en PPL	64
Derechos humanos en PPL	64
Sistema de salud penitenciario en Chile.....	64
Capacidad profesional de atención en salud en cárceles chilenas.....	65
Hacinamiento y sobrepoblación	66

Enfermedades crónicas e infectocontagiosas	67
Violencia, agresión, traumatismos	69
Salud Sexual y reproductiva.....	69
Cárcel como factor de riesgo	69
Cárcel como factor protector: El ideal.....	70
Ley de ejecución penal	70
La cárcel como oportunidad de intervenir y rehabilitar y reintegrar	70
Salud pre y post penitenciaria	70
Grupos de especial interés	71
X. COMENTARIOS FINALES.....	72
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	73

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, la Constitución de la OMS afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

Actualmente la población penitenciaria consiste en más de 11 millones de personas en prisión en el mundo. Epidemiólogos y salubristas concuerdan que la población carcelaria está en mayor riesgo de padecer alguna enfermedad o de reagudizar las crónicas previas. El mayor riesgo se explica, en gran parte, por el hacinamiento, falta de agua potable, carencia de espacios salubres, falencias en acceso a salud, alta carga de morbimortalidad, altas tasas de violencia, entre otros. Esta realidad es particularmente más grave en América Latina, región que presenta hacinamiento superior a la media mundial, con casi todos los países con más presos que cupos. En Chile la situación es tan grave como en otros países de la región.

En Chile la Constitución asegura el acceso libre e igualitario a la salud, constituyendo un deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud. Aunque el sistema penitenciario impide el derecho a la libre circulación o de desplazamiento de la persona privada de libertad, éste no afecta el derecho a la salud, es decir, una persona que es privada de libertad debe seguir manteniendo su acceso a la salud, tal como se le otorga al resto de la sociedad chilena.

La salud penitenciaria es una rama de la salud pública; a nivel teórico y práctico está poco desarrollada en Chile a diferencia de otros países. Aunque es escasa la información de acceso público sobre la salud de las personas privadas de libertad en Chile, se tienen algunas cifras globales que pueden ayudar a situarse epidemiológicamente. Así mismo, los estudios científicos en el mundo académico en Chile también son escasos y no se encuentra sistematizada y analizada. Por esta razón como organización LEASUR nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el estado de situación de la salud penitenciaria en Chile?

El presente informe tiene por objetivo describir la situación de salud penitenciaria en Chile y el mundo, por medio de una revisión bibliográfica actualizada, con la esperanza de contribuir en el desarrollo, progreso y mejoramiento de la puesta en práctica de este tema en nuestro país. Para ello, utilizamos distintos textos y fuentes bibliográficas actuales y contingentes del área médica, legal, social, ética, entre otros; además de información y análisis de académicos, instituciones nacionales e internacionales, medios de comunicación, archivos de LEASUR, entre otros.

A lo largo del informe de revisión, desarrollamos distintos capítulos desde una perspectiva legal, ética y socio sanitaria. Abordamos conceptos básicos sobre salud y cárcel, tales como: gobernanza en salud, experiencia y organización de la atención de salud penitenciaria, perfil de la población penitenciaria, hacinamiento, sobrepoblación, enfermedades, discapacidad, violencia, salud mental, género, sexualidad, situación pre y post penitenciaria, entre los temas más destacados. Siempre intentando contrastar la situación chilena con otras experiencias en el mundo.

Luego, analizamos la cárcel como un factor de riesgo de morbimortalidad y discutiremos sobre la cárcel como un determinante social de la salud. Finalmente, entregamos una serie de sugerencias a modo de conclusión, sobre cómo mejorar la situación de salud penitenciaria en Chile.

II. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE SALUD Y CÁRCEL

Conceptualización de la cárcel y caracterización de la población penitenciaria

Como señala Aguirre¹, “las prisiones son muchas cosas al mismo tiempo”: Es una institución que representa el poder y la autoridad del Estado; un espacio de conflicto, negociación y de resistencias; de socialización, cultura y subculturas; un lugar espejo de las contradicciones sociales, asociadas a la modernidad y al conservadurismo. Son empresas, centros de producción, trabajo y explotación; son arquitecturas diseñadas para que las personas no salgan de ahí y que se transforman en edificios donde se tortura y se vulneran los derechos humanos y en el centro de todas las cosas es el lugar donde las personas viven sus vidas, a veces por semanas o por condenas perpetuas.

--

Roberto Ilabaca, quien participó de un taller literario en la cárcel de San Miguel en 1996, escribe aquello que señala Aguirre:

“La cárcel es estar preso, es perder la libertad. No amigo mío, la cárcel es mucho más de eso que piensas que es, prisión corporal es solo el nombre de fantasía.

La cárcel es más que lágrimas, es más que rejas y candados, es vivir sin el cariño, es vivir con el dolor de los tuyos.

La cárcel es ver como con cercas y rejas y muros achican tu cielo, terminan con tus primaveras y eliminan tu otoño, tu cuerpo solo tiene que soportar el frío del invierno y el calor abrasador del verano.

Ya no tienes categoría ni identidad, eres solo un número en un rol, es ver como tu alma se cansa y tus sienes se blanquean, es soledad y silencio amargo, es el conjunto perfecto para decir que la justicia es draconiana.

Te duelen los huesos y a quién le importa, tu madre llora y no se cansa.

Por eso amigo, es más que eso, es ver como tus ángeles huyen y tus demonios te dejan a merced de la suerte. Cárcel es hediondez, gritos y risas enajenadas, enjambres de sonidos; sinfonía infernal para la paz, es más que eso, mucho más que poesía triste de una noche nerudiana, son segundos, minutos, años de espera casi mesiánica, y peor que eso, y más que eso amigo mío, es ver como la vida se va, y cuando la justicia hace justicia tienes que gritar, gritar, reír, llorar, gritar ¡libertad, libertad!, porque cuando no te hace justicia, eres mi lápiz, mi cuaderno, mi dolor, mi carne y mi sangre”.

Roberto Ilabaca muestra su representación de la cárcel y aquellos factores que transforman a los seres humanos que la habitan, de una manera poética y desgarradora.

--

¹ Aguirre 2009: 209.

Estos espacios, por lo demás, presentan una cantidad ilimitada de factores que inciden negativamente en la salud de las personas que viven al interior de los penales. Las condiciones de insalubridad, hacinamiento, entre otros, facilitan el desarrollo y transmisión de enfermedades contagiosas, mientras que los constantes hechos de violencia, problemas de adicciones y estrés durante el encierro, son una amenaza constante para la calidad de vida de las personas privadas de libertad² (en adelante, “PPL”). Estos hechos son inaceptables, especialmente considerando que la condena de las personas se debe remitir a la privación de libertad y no de sus otros derechos³.

Actualmente hay más de 11 millones de personas en prisión en el mundo, sean en calidad de detenidas, imputadas, o condenadas por un delito. El país con mayor cantidad de encarcelados/as es Estados Unidos (2.121.600), seguido de China (1.700.000), y Brasil (773.151), siendo la suma total mundial de 11.083.229 personas en cárceles⁴. De este total, la mayoría (93%) son hombres, mientras que más de 714.000 son mujeres y niñas en cárceles, las que componen el 7% de la población carcelaria mundial, con un aumento significativo de más del 50% desde el 2000 al 2017⁵.

Por lo general, las cárceles concentran entre sus rejas a la población más vulnerable de cada región, castigando la pobreza y determinados rasgos de raza, género, o categoría de migrante⁶.

Epidemiólogos y salubristas concuerdan que la población carcelaria está en mayor riesgo de padecer alguna enfermedad. A modo de ejemplo, existe evidencia que en la cárcel existen mayores probabilidades de encontrar personas con trastornos de salud mental, llegando a afectar a nueve de cada diez internos/as, con una probabilidad entre cuatro y seis veces más que la población general, de sufrir un trastorno psicótico y una depresión severa, y 10 veces más de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad⁷. Por otra parte, existe un gran riesgo de contagiarse con enfermedades transmisibles como el VIH, Hepatitis B y C, influenza, y tuberculosis, presentando mayores tasas de contagio entre las cárceles que entre la población general. Se han evidenciado tasas entre 5 a 80 veces más de contagio de dichas enfermedades, dependiendo del país y el virus de que se trate⁸. En Pernambuco (Brasil), por ejemplo, la prevalencia de VIH es 42 veces más alta y la de tuberculosis 100 veces más alta que en la población general⁹.

Este mayor riesgo se genera debido al alto hacinamiento, a la falta de agua potable y de espacios salubres, además de los problemas de acceso a salud, entre otras precarias condiciones existentes en el encierro. Esta realidad es particularmente más grave en América Latina, región que presenta hacinamiento superior a la media mundial, con casi todos los países con más presos que cupos¹⁰. Por ello, la Organización Mundial de la Salud ha hecho un especial llamado a las autoridades de los distintos países, puesto que, en contexto

² OPS, 2003.

³ INDH, 2020.

⁴ World Prison Brief, 2020.

⁵ Walsmsley, 2018.

⁶ Droppelmann & Trajtenberg, 2020; Anand & Comim, 2019; Almeda *et al.*, 2017; García Hernández, 2017; Wacquant, 2010; Wacquant, 2003; Wacquant, 2000.

⁷ Brugha *et al.*, 2006; Mundt *et al.*, 2013; Saavedra & López, 2013; Andersen, 2004.

⁸ WHO, 2014; Macalino *et al.*, 2004.

⁹ Droppelmann & Trajtenberg, 2020.

¹⁰ Bergman *et al.*, 2020.

de pandemia, el COVID-19 presenta mayores riesgos de contagio en las cárceles y otros espacios de detenciones¹¹.

En Chile, la situación carcelaria es tan grave como en otros países de la región, aunque luego de la pandemia por COVID las medidas de descongestión han implicado una leve reducción de la población penal. Sin embargo, prevalecen las situaciones de base observadas antes de la pandemia, dejando a la población privada de libertad en desventaja cuando se trata del acceso a la atención de salud.

A finales del año 2019, la población penal en Chile ascendía a 138.958 personas¹²: un 44% de ellas se encontraban en el sistema abierto, cumpliendo penas alternativas o sustitutivas a la privación de libertad, un 36,7% estaban en el sistema cerrado (encarceladas, en centros semiabiertos o en proceso de egreso) y un 19,8% en el subsistema post penitenciario (la mayoría en proceso de eliminación de antecedentes).

De éstas, 42.921 personas se encontraban privadas de libertad en una cárcel¹³, habiendo 89 unidades penales cerradas o semiabiertas en el país. Se calcula una tasa de 220 PPL por cada 100.000 habitantes¹⁴, y una ocupación del 100,4%, aunque en algunos la ocupación es casi del doble, como ocurre en el CDP Limache (189%)¹⁵. Dentro del total de la población penal recluida en el sistema cerrado, el 68% es población condenada, mientras que más de un tercio (32%) se encuentra en calidad de imputados/as, quienes han aumentado en 6 puntos porcentuales desde 2014-2018¹⁶. Por otro lado, respecto a la distribución de la población penal según el tipo de recinto, se observa que un 65% está recluida en establecimientos penitenciarios con administración tradicional, mientras que el 35% restante está recluida en establecimientos concesionados. Al observar en mayor detalle, se evidencia que las cárceles tradicionales concentran el 76% de la población condenada, mientras que las personas imputadas se reparten equitativamente en ambos tipos de penales.

Por otra parte, del total de la población privada de libertad, más de 3.000 son mujeres, representando el 8,4% del total de personas en reclusión¹⁷. Esta cifra sitúa a Chile como el 2do país de América del Sur con la mayor proporción de mujeres encarceladas (8,4%), solo superado por Guyana Francesa (con 9,9%)¹⁸. A finales del año 2019, cerca de 1.500 (1.458) mujeres en las cárceles son madres y más de 15.000 (15.579) de hombres son padres; había 75 mujeres embarazadas, 104 mujeres con hijos/as lactantes menores de 2 años y 106 menores de 2 años en las cárceles¹⁹.

A su vez, la población adulta mayor (de 60 años o más) en recintos penitenciarios representa el 2,7% de la población penal total, correspondiente a 1.122 personas. De éstas, el 11% son mujeres y 89% hombres, y un quinto (25%) se encuentra privada de libertad en calidad de imputado²⁰.

¹¹ WHO, 2020; WHO, 2014.

¹² GENCHI (Gendarmería de Chile), 2019.

¹³ World Prison Brief, 2020.

¹⁴ GENCHI, 2019.

¹⁵ LEASUR, 2018.

¹⁶ GENCHI, 2018.

¹⁷ GENCHI, 10/2019.

¹⁸ GENCHI, 2019.

¹⁹ Ibid.

²⁰ GENCHI, 2018.

Por último, de acuerdo a un estudio realizado en cárceles chilenas en 2012, un 45% de la población penal presenta a lo menos una patología diagnosticada formalmente, siendo la segunda patología más común las que afectan el sistema respiratorio, predominando el asma²¹.

El derecho a la salud dentro de la cárcel

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, la Constitución de la OMS afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

El derecho a la salud está consagrado en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. En el marco jurídico chileno, se establece como deber para todos los órganos del Estado respetar y promover los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana, reconocidos por los Tratados Internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes²². Pese a que en el área del derecho se ha discutido de forma extensa en relación a la jerarquía de los derechos humanos y sus respectivos tratados, es de amplio acuerdo que la promoción y defensa de los derechos humanos por el Estado chileno posee jerarquía constitucional y deben, por tanto, ser una prioridad para los gobiernos de turno²³.

En consecuencia, los instrumentos más importantes respecto al derecho a la salud son:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos.
- La Convención Americana de Derechos Humanos.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo (PIDESC).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14.

Además, existen instrumentos más específicos, por ejemplo, respecto a las personas en situación de discapacidad, personas pertenecientes a los pueblos indígenas, a las mujeres, y otros grupos sujetos a especial protección.

La Declaración Universal de Derechos Humanos señala en su Artículo 25²⁴:

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

²¹ Osses & Riquelme, 2013.

²² Figueroa García-Huidobro, 2013.

²³ Ibid.

²⁴ Naciones Unidas, 1948.

Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles, Sociales y Culturales señala en su Artículo 12²⁵:

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

Por otra parte, la Observación Técnica N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) del Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de las Naciones Unidas (2000), operacionaliza en concepto de salud de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Así, se señala que *“el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”*.

Asimismo, la Observación Técnica establece que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca una serie de elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte. Dentro de ellos:

- a) **Disponibilidad:** cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- b) **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. Además, dentro de la jurisdicción del Estado Parte se encuentran las siguientes cuatro dimensiones superpuestas: b.i) No discriminación, b.ii) Accesibilidad física, b.iii) Accesibilidad económica (asequibilidad) y b.iv) Acceso a la información.
- c) **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- d) **Calidad**²⁶: el estado debe asegurar una atención de calidad, eficiente, efectiva, con otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado.

Respecto al derecho a la salud en Chile, Figueroa García-Huidobro indica que *“...se encuentra reconocido en la Constitución y ese reconocimiento tiene consecuencias que distinguen la situación chilena de la de otros países en los cuales este derecho no se encuentra incorporado en la Carta Fundamental. Esas consecuencias son, a lo menos dos: i) Por ser un derecho constitucional, debe tener algún contenido o*

²⁵ Naciones Unidas, 1966.

²⁶ Naciones Unidas, 2000.

significado, independientemente la discusión sobre la naturaleza o el estatus de los derechos económicos y sociales y su justiciabilidad. ii) Ese significado o contenido debe, por una parte, limitar al legislador, impidiéndole adoptar ciertas leyes y, por otra, debe obligar al legislador a instituir ciertas normas. Si bien el legislador posee discrecionalidad para desarrollar políticas públicas en materia de salud y dictar leyes para implementar este derecho, la Constitución ha de gobernar esa discrecionalidad. En aquellos países en que el derecho a la salud no está reconocido en la Carta Constitucional y sólo posee rango legal, probablemente el legislador posee discrecionalidad fuerte para determinar los contenidos y límites de ese derecho. Sin embargo, esa no es la situación en Chile.”

En Chile existen las Garantías Explícitas en Salud (GES), que constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a las Isapres. Las Garantías exigibles son:

- **Acceso:** Derecho por Ley de la prestación de Salud.
- **Oportunidad:** Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones.
- **Protección financiera:** La persona beneficiaria pagará un porcentaje de la afiliación.
- **Calidad:** Otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado.

En lo que respecta al derecho a la salud de las PPL dentro de los sistemas carcelarios, también existen para ellos estándares específicos de derechos humanos en salud, contenidos en una serie de marcos normativos internacionales.

Las Reglas Mínimas de Naciones Unidas²⁷

Las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos de las Naciones Unidas, conocidas como Reglas de Mandela, establecen en sus principios fundamentales que todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor intrínsecos en cuanto seres humanos.

El documento de Reglas Mínimas aborda la atención médica, y otros factores que impactan en la situación de su salud física y mental, tales como condiciones higiénicas, alimentación y régimen carcelario en general. A continuación, haremos una revisión comentada de los estándares mínimos aplicados al caso de Chile, situación que será profundizada con cifras en el diagnóstico de la atención de salud en el sistema penitenciario chileno.

Respecto a la atención de salud de las PPL, la regla N° 24 establece que es una responsabilidad del Estado, con los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior, y con acceso gratuito. Esto significa que dentro de la cárcel las personas deben tener al menos las mismas atenciones que podrían obtener en el medio libre.

La organización de los servicios médicos deberá estar en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general, de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención. En el caso de Chile, se puede observar que existe relación entre el sistema de salud pública y las atenciones que se brindan en las cárceles, pero esta relación es asistemática y depende de la voluntad de los operadores locales.

²⁷ Naciones Unidas, 1955.

Las Reglas de Mandela desarrollan las condiciones en materia de Servicios Médicos que deben estar presentes en la privación de libertad:

- Todo establecimiento debe contar con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental, y estará formado por un equipo interdisciplinar con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado (Regla 25).
- El servicio de atención de la salud preparará y mantendrá historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todas las PPL, y se deberá permitir el acceso a su propio historial o podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico. En caso de traslado, el historial médico se remitirá a los servicios de atención de la salud de la institución receptora y permanecerá sujeto al principio de confidencialidad médica (Regla 26)
- Los establecimientos penitenciarios facilitarán a las PPL acceso rápido a atención médica en casos urgentes. En caso de que requieran cuidados especiales o cirugía serán trasladados a establecimientos especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a las PPL.

Respecto a la atención médica, las reglas mínimas señalan:

“22. 1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales”.

La disponibilidad de médicos a nivel de los países en vías de desarrollo sigue siendo un desafío para la población general, y más aún para las PPL. En Chile, el estándar de disponibilidad de médicos de nivel primario por población general es de 3 médicos por cada 10.000 habitantes. Existen diferencias de disponibilidad según el sistema previsional, ya que en el caso de Chile coexisten dos sistemas (el público y el privado) que tienen recursos dispares, en un sistema catalogado como muy inequitativo entre ambos subsistemas. Con todo, al comparar en la Tabla N°1 la disponibilidad de médicos en el sistema cerrado con la del sistema público de salud, nos encontramos con brechas importantes. No se cuenta con médicos en todas las regiones del país contratados por Gendarmería de Chile (GENCHI) que laboren en los centros penitenciarios (es el caso de las regiones de Antofagasta y Coquimbo a diciembre de 2017), tres regiones contaban sólo con media jornada de médico (Arica-Parinacota, Atacama y O’Higgins), y tres regiones sólo contaban cada una con un cuarto de jornada de médico, siendo los casos de Los Ríos, Aysén y Magallanes²⁸. El año 2017, para una población penal de 50.108 personas en el sistema cerrado, Gendarmería contaba con 565,9 horas, equivalente a 12,8 jornadas completas de médicos.

²⁸ GENCHI, 2018.

Tabla 1. Horas semanales de profesionales de la salud en centros penitenciarios, por región en Chile.

Región/Horas Profesional	Médicos	Odontólogos	Químico Farmacéuticos
Arica y Parinacota	22	11	44
Tarapacá	17,6	11	0
Antofagasta	0	33	0
Atacama	22	22	0
Coquimbo	0	11	0
Valparaíso	104	160	44
O'Higgins	22	44	0
Maule	55	143	44
Biobío	77	187	44
Araucanía	78	22	44
Los Ríos	11	5,5	0
Los Lagos	44	33	0
Aysén	11	22	0
Magallanes	11	11	0
Metropolitana	91,3	229	44
Total	565,9	944,5	264

Tabla 1. Horas de atención de médicos, odontólogos y químico-farmacéuticos, Ley 15.076, 2017 (GENCHI, 2018)

“[22.] 2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

23. 1) En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el

niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento. 2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.

24. El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.

25. 1) El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.

26. 1) El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado. 2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones.”

Las Reglas de Mandela constituyen un estándar internacional para los Estados, siendo un desafío para su sistema penitenciario en general, nivel de salud y marcos normativos nacionales adscribir e implementar oportunamente medidas para su cumplimiento. A partir de la revisión efectuada, se observa un desajuste entre las expectativas planteadas y la realidad penitenciaria chilena, en particular en relación a la atención y sistema de salud chileno. Durante el desarrollo del presente informe, se continuará discutiendo su alcance en nuestro país a partir de la situación de salud, condiciones carcelarias y modelos de sistemas sanitarios implementados en las cárceles chilenas.

La importancia de la cárcel para la salud pública

Perspectiva sanitaria

En línea con lo comentado previamente, el Principio X de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las PPL en las Américas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos señala que “Las PPL tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales

para satisfacer las necesidades particulares de salud de las PPL pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y las niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, tuberculosis, y las personas con enfermedades en fase terminal. El tratamiento deberá basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas.” Además, se deberá respetar los principios siguientes: confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico-paciente.

Perspectiva ética

La población penitenciaria es parte de nuestra sociedad, por tanto, debe ser un tema de interés para la salud pública. Sobre todo, cuando dentro de la cárcel, las enfermedades infectocontagiosas, cardiovasculares, de salud mental y consumo de sustancias, se ven en aumento de prevalencia e incidencia. Estas enfermedades no solo serán vividas por las y los internos dentro de la cárcel, sino también fuera de ella, cuando la persona vuelve a la libertad y al libre tránsito. Es decir, por un lado, la morbimortalidad del interno aumentará su carga al pasar por el sistema penitenciario (se entregan más antecedentes en apartado de Salud Penitenciaria), y por otro, pondrá en riesgo a la población general cuando esté fuera de la cárcel. Al ser un problema sociosanitario, requiere atención desde la salud pública; debiendo estudiar, diagnosticar y entregar soluciones.

En este sentido, la salud pública debería integrar como objeto de estudio, esta rama de la salud: la salud penitenciaria. Con el fin de garantizar el derecho a la salud, su efectivo acceso. El interés en la salud de una persona recluida viene a demostrar y a describir a esta sociedad y sus autoridades como comprometidos a practicar principios éticos, sociales y morales en pro de la seguridad sociosanitaria.

Sobre lo ético, cabe destacar los 4 principios éticos mínimos de la medicina o el actuar médico, ampliamente considerados al momento de entregar atención de salud: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los cuales debieran ser empleados en la atención en salud de los internos/as, al igual que a la población general, sin distinción.

Se describen a continuación, algunos principios éticos y algunas consideraciones que cabe destacar con la atención de salud de una persona privada de libertad.

Beneficencia: este principio ético de la medicina define el fin del accionar médico sobre la condición de una persona. Bajo este principio por medio de un acto médico, se debiera buscar beneficiar a la persona. En ese sentido, el médico o profesional de la salud, podría pensar la cárcel como una oportunidad en salud. Como una instancia de intervención en salud. O de otra forma, que la persona durante su periodo en cárcel, reciba atención en salud que lo beneficie; y por tanto, no sólo trate la enfermedad o evite un mal. Esto puede materializarse, por ejemplo, a través de programas promoción y prevención en salud con programas de vida sana (que incluya dieta saludable, ejercicio o deportes); o programa de inmunizaciones (vacunas), programas de higiene y limpieza para mejorar la higiene de la cárcel, proveer de servicios básicos continuos de agua potable y agua caliente, psicoterapia preventiva, psicoeducación, entre otros.

No maleficencia: la salud pretende que sus acciones no ocasionen mal en las personas que reciben un acto médico o en salud; en otras palabras, no debe dañar. Aquí las personas internos/as, bajo el amparo de estar considerados dentro de un sistema de salud establecido (que efectivamente busca atender y entregar atención en salud, incluyendo la promoción y la prevención), debieran estar protegidos frente al daño. Algunos ejemplos de actividades o experiencias dañinas que se pueden encontrar en este contexto son: la violencia o torturas, aislamiento de otros o confinamiento en solitario, a ser sujetos de experimentación de

investigación sin su consentimiento otorgado, la sedación psicofarmacológica excesiva, violar la información íntima sensible del paciente, ser víctima o donante para tráfico de órganos humanos sin su consentimiento, entre otras actividades que se reportan en contextos precarios carcelarios. Para ello, los profesionales de la salud deberían ser actores protagonistas en la pesquisa de estas situaciones, velando por el principio de no maleficencia, convirtiéndose en sujetos activos en pro de una salud integral física y psicológica por medio de la denuncia de este tipo de actos dañinos.

Autonomía: La autonomía es la capacidad de poder tomar decisiones de forma independiente. Dentro del contexto carcelario y sanitario, en principio esto se ve limitado muchas veces, ejemplo de ello es que el interno/a se ve limitado por la oportunidad de atención y acceso en salud, dado que no puede atenderse en el momento en que lo desee (dadas las condiciones chilenas actuales de disponibilidad de profesionales capacitados), sino que debe esperar horarios, disponibilidad del servicio, y transporte otorgado por Gendarmería. En la praxis, tampoco el interno tiene capacidad de elegir su médico o por quién es tratado, pues no existiría la libre elección dentro del sistema penitenciario e instituciones carcelarias, al menos en Chile. Otros alcances o limitaciones a este principio se relacionan con la capacidad del interno/a de rechazar tratamientos médicos o de otra índole, o ser parte de investigaciones involuntariamente, o negarse a dar consentimientos informados, o que se le seduzca con beneficios para participar en estudios médicos, o que no se vele por su autonomía cuando éste presente alguna patología de salud mental.

Justicia: Según los antecedentes descritos en este informe, la atención entregada en salud debe regirse por un marco legal nacional e internacional de derechos y justicia, que garantice el cumplimiento de estándares mínimos en salud. Enmarcados y actuando bajo estos principios, los profesionales de la salud, debieran tratar al paciente privado de libertad, sin diferencias, sin discriminaciones. Sin distinciones o reparos en comparación a las personas o pacientes que son atendidos tanto en el sistema público como en el privado. Dicho de otro modo, la atención médica o de salud, debe ser igualmente digna y de la misma calidad. Debido a lo anterior, muchas veces se sugiere en la bibliografía de estos tópicos el 'principio de equivalencia', El **principio de equivalencia** puede ser entendido como el asegurar que la persona privada de libertad se le brinde el mismo cuidado en salud que el que recibe una persona que no se encuentra en igual situación. Este principio actúa convocando y apuntando a una atención integral en salud, que sea ética y sin diferencias o discriminación entre personas según su condición. Por lo demás, bajo este mismo principio se puede esperar una atención digna, que se entregue bajo confidencia y respetando la privacidad, de cuidado y ayuda desinteresada, no subordinada a órdenes o intenciones superiores administrativas o forenses. Evitando la doble lealtad. El profesional de la salud debe mostrar lealtad a la persona que atiende, respetando los deseos o intereses personales de la persona²⁹.

Para lo anterior, siendo el Estado garante, se propone que por medio de políticas públicas se avance en legislación penitenciaria y sanitaria, se orienten recursos, y se aseguren los mínimos éticos en salud de los y las internas, por medio del desarrollo de la salud penitenciaria, salud comunitaria y salud colectiva.

²⁹ Bellver, 2007.

III. SISTEMA DE SALUD PENITENCIARIO

Concepto de sistema de salud penitenciario

La organización de la salud penitenciaria se plantea como un elemento dado en un contexto de regulaciones nacionales e internacionales en materia sanitaria y penitenciaria. Desde el punto de vista legal, la legislación internacional reconoce el deber de los Estados para la protección y garantía del derecho a la salud para las PPL, siendo el sistema penitenciario una oportunidad para establecer el vínculo con el sistema sanitario e incrementar la situación de salud de las personas involucradas. Bajo este contexto, las actividades de promoción, prevención y atención en salud deben estar resguardadas dentro de las instituciones penitenciarias y consideradas dentro de la organización de los sistemas de salud que asuma cada Estado en su nivel primario, secundario y terciario³⁰. La experiencia internacional evidencia que los sistemas penitenciarios aplicados en el mundo son disímiles, con estructuras de gobernanza y organización de la atención de salud heterogéneas, particularmente en el nivel primario de atención de salud³¹.

Gobernanza en salud

Según la Organización Mundial de la Salud, la gestión y coordinación de todos los asuntos relevantes, agencias y recursos que contribuyen a la salud y el bienestar de los prisioneros es una responsabilidad de todo el gobierno nacional. Sin embargo, los Ministerios de Salud de cada Estado deben proporcionar y ser responsables de los servicios de atención médica en las cárceles, así como defender condiciones saludables en dichos lugares, lo cual está referido a la promoción, prevención y atención en salud, y a las condiciones materiales y ambientales presentes en los recintos penitenciarios³². En relación a la implementación de la recomendación expuesta, se ha observado que la autoridad sanitaria nacional asume un rol de vigilancia y vínculo de la salud penitenciaria en gran parte de los países de Europa y América, con una experiencia disímil en relación a la rectoría de los servicios de salud, pudiendo estar a cargo de los ministerios sanitarios o de la autoridad penitenciaria³³.

Organización de la atención en salud

A partir de la revisión de la literatura, es posible determinar que los mayores marcos de avance legal en términos internacionales sobre la organización de la atención en salud vinculada a prisiones provienen de Europa. Según el Comité de Ministros del Consejo de Europa, los Estados deben promover que la política sanitaria bajo privación de libertad se integre y sea compatible con la política sanitaria nacional, bajo el argumento de que la salud penitenciaria no sólo es de interés de la población privada de libertad, sino que posee un interés social, al ser la cárcel una institución dirigida hacia la reinserción y el reingreso de la persona a la comunidad general³⁴. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud recomienda la consideración efectiva del proceso de continuidad de atención dentro de los sistemas de salud penitenciarios, así como el establecimiento de instrumentos de vínculo inicial con el sistema de salud al ingresar a la cárcel. En este punto, se propone la evaluación médica inicial como una herramienta de diagnóstico y detección temprana de problemas de salud, así como el respaldo médico-legal de la situación

³⁰ WHO, 2014.

³¹ WHO, 2014, Pont & Harding, 2019.

³² WHO, 2014; WHO, 2020.

³³ Wilper et al, 2009; Pont & Harding, 2019.

³⁴ Pont & Harding, 2019.

de salud frente a eventuales tratos crueles, inhumanos y degradantes sucedidos en los recintos penitenciarios³⁵.

Dado el escaso avance de la literatura en relación a la producción de modelos teóricos de sistemas de salud penitenciarios, se hace relevante revisar las experiencias más emblemáticas en términos de organización de la salud penitenciaria a nivel internacional, a partir de su rectoría, financiamiento y prestación de servicios sanitarios.

Modelos de sistemas de salud penitenciarios en el mundo

Sobre los tipos de relación entre institucionalidad penitenciaria y el sistema de salud, en lo fundamental, existen 3 modelos de salud penitenciaria en el mundo:

1. La atención de salud es asumida en un 100% por el sistema penitenciario;
2. La atención es asumida por las entidades públicas de salud, y;
3. Se comparten responsabilidades (Modelo Mixto). En Chile existe este modelo, pero se agrega la presencia del sector privado, a través de la atención de salud a cargo de empresas concesionadas.

Se comentarán a continuación algunos modelos de sistema de salud penitenciarios, resaltando algunos nudos críticos en relación al acceso, continuidad de atención, rol de promoción, prevención, etc.

Caso de Francia

A partir del año 1994, la seguridad social en salud y la entrega de prestaciones sanitarias para las PPL es responsabilidad de la autoridad sanitaria, y por tanto, asumida por el sistema de salud general francés. Se garantiza su afiliación a un seguro de salud a partir de la vinculación administrativa a su recinto penitenciario, y la organización del sistema de salud está basada en una red de recintos sanitarios dirigidos hacia la población privada de libertad, a los cuales se vincula cada cárcel. La atención primaria en salud se organiza a partir de unidades médicas ubicadas en los recintos penitenciarios (denominadas “Unité sanitaire en milieu pénitentiaire”), las cuales tienen por objetivo realizar labores de promoción, prevención y primera atención en salud. La atención secundaria para las PPL se ha organizado en torno a los centros psiquiátricos, existiendo unidades de atención (conocidas como “Service médico-psychologique régional”) de distribución regional vinculadas a los recintos penitenciarios. Ambos tipos de instituciones se encuentran bajo la administración de una institución de salud de la red pública francesa, de carácter terciario y cercana geográficamente. En cada cárcel se constituye un equipo multidisciplinario donde interactúa el equipo de salud y la administración penitenciaria correspondiente, para la revisión de asuntos sanitarios³⁶.

Caso de Suiza

El sistema penitenciario y sanitario de Suiza está enmarcado en la división político-administrativa que entrega competencias a sus autoridades nacionales y subnacionales, desarrollándose sistemas de salud de carácter local y heterogéneos entre sí. Dada esta situación, el vínculo establecido entre la autoridad penitenciaria y sanitaria difiere según región geográfica, reconociéndose dos modelos organizativos principales para la salud penitenciaria³⁷:

³⁵ OMS, 2014.

³⁶ Dubois et al, 2017; Ministerio de Justicia de Francia, 2004.

³⁷ Dubois et al, 2017; Elger, 2011.

- En el primer modelo, el personal de salud vinculado a la salud en cárceles depende de la autoridad penitenciaria o la justicia. Este caso se ha identificado como positivo en la medida que permite una mayor comunicación y contacto entre el equipo de salud y el personal en cárceles; sin embargo, la ausencia de un liderazgo sanitario genera falta de independencia, y falta de estrategia en términos de salud y gestión de la atención.
- En el segundo modelo, el empleador del equipo de salud corresponde a las autoridades sanitarias, particularmente dependientes de los hospitales públicos, donde los gastos de atención son cubiertos por el seguro básico suizo (“seguro de LAMal”). Se apoya en la independencia de los profesionales sanitarios, lo cual favorece la decisión médica y la confidencialidad, particularmente frente a tratos crueles, inhumanos y degradantes. Se ha considerado también un modelo que favorece la formación continua de sus profesionales.

Sobre el financiamiento, la mayoría de las PPL no reúne las condiciones para adquirir un seguro de salud, quedando a disposición de los centros penitenciarios y su dependencia administrativa en términos geográficos si la cobertura en salud se entrega desde el sistema penitenciario, o requiere copago por parte del interno/a.

Caso de España

En el modelo de salud en cárceles españolas, la administración del sistema de salud depende de la autoridad penitenciaria. El nivel de atención primaria se administra dentro de las cárceles con un equipo de salud mínimo exigido por ley, quienes tienen como objetivo brindar los primeros cuidados. Del mismo modo, parte del personal de las cárceles obtiene formación en salud para poder complementar la función del equipo mencionado. La asistencia especializada, presente en el nivel de atención secundaria y terciaria, se obtiene a partir de la visita de personal de salud dependiente de la autoridad sanitaria a los recintos penitenciarios, o directamente en los establecimientos del sistema de salud público español. En términos económicos, existe un doble componente proveniente del presupuesto sanitario, y de las instituciones penitenciarias de España³⁸.

Caracterización del sistema de salud penitenciario en Chile. Tradicionales v/s Concesionadas

En Chile, el Estado es responsable de las personas que se encuentran en situación de privación de libertad, teniendo la obligación de garantizar la protección y acceso a la salud, entre otras.

Como usuarias de salud, las PPL son consideradas beneficiarias del tramo A del sistema previsional público FONASA, esto es, carentes de recursos, siempre que se acredite esta situación en condición de reclusos/as. En esta calidad previsional, tienen derecho a todas las prestaciones de salud definidas por el Régimen General, resolviendo demandas de atención que los dispositivos de salud de Gendarmería no puedan otorgar.

El sistema penitenciario chileno es administrado por Gendarmería de Chile, el cual, según lo prescrito por el art. 1 de la Ley Orgánica de Gendarmería de Chile (Decreto Ley N° 2.859 de 1979) es un Servicio Público dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, que tiene por finalidad atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que les señala la ley. Los recursos del sistema

³⁸ Serrano, 2010; Pinzón & Meza, 2018.

de salud penitenciaria dependen del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, destinando alrededor de un 2% del presupuesto entregado a Gendarmería al área salud³⁹.

Los objetivos estratégicos de la institución son los siguientes:

- Garantizar el cumplimiento eficaz de la detención preventiva y de las condenas que los Tribunales determinen, previniendo conductas y situaciones que pongan en riesgo el cumplimiento de este objetivo.
- Proporcionar una atención y un trato digno a la población puesta bajo la custodia del Servicio, reconociendo y respetando los derechos inalienables de las personas, entregando un conjunto de condiciones básicas de vida que faciliten el ejercicio de los derechos no restringidos por la reclusión.
- Fomentar conductas, habilidades, destrezas y capacidades que incrementen las probabilidades de reinserción social de la población penal, involucrando en este proceso a sus familias, instituciones, empresas y comunidad en general.

La labor de Gendarmería se desarrolla a través de tres subsistemas:

- **Cerrado:** Conjunto de procesos y procedimientos en los que participan las personas que ingresan al sistema penitenciario, privadas de libertad por disposición de los tribunales competentes, en aplicación de la medida cautelar de prisión preventiva, cumplimiento de pena privativa de libertad o cumplimiento de una medida de apremio.
- **Abierto:** Conjunto de procesos y procedimientos en los que participan las personas que ingresan al sistema penitenciario, condenadas por disposición de los tribunales competentes, en cumplimiento de una pena sustitutiva a la pena privativa o restrictiva de libertad.
- **Post penitenciario:** Conjunto de procesos y procedimientos en los que participan las personas que han egresado de los subsistemas cerrado o abierto, y que han accedido a un control que les permite eliminar sus antecedentes prontuarios o acceder a la conmutación del saldo de una pena privativa o restrictiva.

El sistema de salud penitenciario chileno está conformado tanto por establecimientos tradicionales como concesionados. En ambos establecimientos se ejecutan los programas de salud definidos por el Ministerio de Salud (MINSAL), como son los programas nacionales de control y eliminación de la TBC (tuberculosis), programa de prevención y control del VIH/SIDA, ITS (Infecciones de transmisión sexual), Hepatitis B y C, programa nacional de las personas adultas mayores (excepto entrega de suplementos nutricionales) y programa de Salud de la Mujer.

Respecto al sistema tradicional, consta sólo de un hospital penitenciario que forma parte de la Unidad CDP Santiago Sur, el que cubre la atención en salud de otras unidades penales de la región metropolitana. Las cárceles de otras regiones del país brindan atenciones primarias en salud a través de servicios de enfermería, derivando a la red pública en caso de necesidades de atención de mayor complejidad. Agregar que estrictamente no en todos los penales hay enfermerías, y no todas las enfermerías cuentan necesariamente con autorización sanitaria.

La mayor parte de los equipos de salud de los establecimientos penales, tanto concesionados como tradicionales, se conforman por personal paramédico, enfermería, y médicos de turnos encargados del servicio. Si bien tanto enfermería como el personal de turno se encargan de la derivación de las PPL al

³⁹ De Gregorio, Beatriz, 2011.

Hospital Penitenciario y/o hospitales externos, se intenta otorgar la atención de salud requerida evitando el traslado de las PPL hacia dispositivos asistenciales públicos, siendo los médicos quienes principalmente cuentan con las competencias para dar las atenciones necesarias y realizar derivaciones en situaciones de urgencia y gravedad. El traslado de pacientes es realizado por personal uniformado de Gendarmería de Chile, y en ocasiones es este personal quien evalúa la pertinencia y necesidad del traslado de las y los internos.

Esto se detalla en el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, Título Tercero, párrafo 2 “De la atención médica de los internos”, que establece primariamente una atención interna⁴⁰ y una derivación a centros asistenciales en medio libre, solo cuando el médico certifique que se trata de: a) un caso grave con necesidad de atención especializada, o b) un caso que requiere atención que no pueda ser brindada dentro del establecimiento. Lo anterior con la autorización del director regional y a cumplir dentro de las siguientes 48 hrs. En el artículo 36, se menciona que las PPL deben llevarse a “*los establecimientos hospitalarios públicos que forman parte de los Servicios de Salud*” y que si el o la interna quiere ser derivado/a para otro centro contando con el financiamiento, Gendarmería debiera proceder con la derivación elegida por la persona. En el artículo 20 de la Ley Orgánica de Gendarmería establece que los establecimientos regidos por el Capítulo II del Libro I del Decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud prestarán atención gratuita a las personas detenidas o privadas de libertad sometidas a la guarda de Gendarmería, a menos que según su afiliación previsional también tengan el derecho de atenderse. Es decir, pueden atenderse gratuitamente aún sin tener seguro de salud⁴¹.

En cuanto a las vías de acceso, las atenciones de salud de las PPL se cursan solicitando hora de atención, por citaciones o por demanda espontánea de atención en los servicios de enfermería de las unidades penales, tanto para la entrega de tratamientos como para controles médicos. En caso de atención de urgencia en el hospital penal, es el médico de turno quien resuelve la demanda de atención, y deriva a otras especialidades médicas. Para las atenciones que no corresponden a las de urgencia, el personal médico deriva por medio de interconsultas al policlínico de especialidades del hospital penal.

El Hospital Penitenciario, como único establecimiento de salud penitenciario en el país, otorga atenciones a las PPL en servicios de urgencia, medicina interna, cirugías menores, traumatología, urología, otorrino, oftalmología (tecnólogo), dental, psicología, psiquiatría, servicio de imagenología, laboratorio clínico y ecografía. Tienen dotación de servicio de urgencia, de cirugía, policlínicos, farmacia, laboratorio, rayos, kinesiología, maxilofacial, y cuenta con cirujanos, internistas, un psiquiatra, un urólogo, un otorrino, un anestesiólogo y un radiólogo.⁴²

En relación con las Unidades Penales concesionadas, y tomando como base lo establecido en el documento Reglamento de Servicio de Cárceles Concesionadas Grupo 3 (conformada por los proyectos de los Establecimientos Penitenciarios de Santiago 1, Valdivia y Puerto Montt) las atenciones de salud se realizan en las enfermerías y en la Unidad de Salud. En las primeras, se realizan acciones de revisión, toma de muestras, y entrega de medicamentos a las y los internos, en tanto que las Unidades de Salud efectúan

⁴⁰ El artículo 34 se refiere a “*unidades médicas que existan en el establecimiento penitenciario*”, y, en el caso de los establecimientos concesionados, variará según lo que establezca el contrato de concesión.

⁴¹ UDP, 2019.

⁴² MINJU-MINSAL-GENCHI-FONASA, 2015.

atenciones médicas como toma de exámenes, intervenciones, hospitalizaciones, aislamiento sanitario y labores administrativas.

Cada servicio de salud de los establecimientos penitenciarios concesionados debe contar con un Médico Jefe debidamente calificado, quien es responsable del adecuado funcionamiento del servicio, de organizar, dirigir, supervisar, controlar y evaluar las actividades del resto del personal, pudiendo delegar acciones al personal de Enfermería. Este profesional médico puede desempeñar sus funciones como Médico Jefe y como médico de especialidad, siendo posible en jornadas completas. En jerarquía, depende del Gerente de Explotación del establecimiento penal concesionado, y para efectos técnicos sus funciones de salud dependen del Nivel Central del Concesionario.

Los servicios de salud de las cárceles concesionadas realizan atenciones de medicina general, odontología, kinesiología, nutricionista, obstetricia, ginecología, pediatría, psiquiatría, traumatología, medicina interna, dermatología, oftalmología y urología.⁴³

Psiquiatría forense

La psiquiatría forense es una parte necesaria dentro de la institucionalidad penitenciaria. Otra vertiente de la atención en salud mental dentro de las cárceles es la psiquiatría forense, por cuanto en algunos casos el sistema requiere determinar la imputabilidad de las y los internos, en casos que padezcan una enfermedad de salud mental. Esta es una función auxiliar de la Justicia que, históricamente, ha recaído en el sector salud. Sin embargo, en los últimos años, con la conformación de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense el año 2012 (ente formado por el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud, Gendarmería de Chile y la judicatura) se ha generado una instancia que tiene por objetivo asesorar al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Salud en aspectos relacionados al Código Procesal Penal -en los títulos VII y VIII del libro cuarto- en relación a los procedimientos de medidas de seguridad y cautelares aplicables a las personas con enfermedad mental. Esta conformación, aparte de ser necesaria, ha podido accionar en pro de aquellos reos con enfermedades de la esfera mental.

Luego de la instauración de la reforma procesal penal en todo el país, la alta demanda por medidas de seguridad en servicios de Psiquiatría de la red hospitalaria ha traído como consecuencia una alta demanda de camas por parte del sistema judicial. Las y los imputados y condenados hospitalizados en estos servicios de psiquiatría, son sometidos a condiciones de seguridad como pacientes judicializados; lo que además implica el bloqueo de una cama para pacientes agudos, en un contexto de escasez de recursos y un alto costo para el ambiente hospitalario y para Gendarmería de Chile⁴⁴.

Un tema en permanente tensión ha sido la necesaria distinción de responsabilidades respecto a la función pericial y a la función sanitaria para la población privada de libertad. Este acuerdo resulta indispensable para el adecuado desarrollo de la respuesta sectorial de atención de salud mental, por un lado, y de la respuesta del Servicio Médico Legal (SML) en lo pericial, por otro, en un marco de respeto a los derechos humanos de estas personas y al cumplimiento de la ley⁴⁵. Como respuesta a esta situación, el MINSAL ha creado varios dispositivos en distintas ciudades del país, como las Unidades de Evaluación de Personas

⁴³ Andrade, B. MINSAL, 2015.

⁴⁴ UFPT Arica, 2018.

⁴⁵ MINSAL, 2018.

Imputadas (UEPI), las Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria (UPFT) y las Unidades de Mediana, Larga y Alta Complejidad Forenses en el Hospital Philippe Pinel de Putaendo.

La existencia de esta unidad permite asegurar la atención y la continuidad de cuidados, que aborda desde la más alta a la menor complejidad psicopatológica de las personas usuarias, en el marco de las medidas judiciales aplicadas y de las sugerencias específicas de tratamiento realizadas por los equipos tratantes.

a) **Pericias:** En relación a las pericias psiquiátricas en el ámbito penal, podemos decir que éstas son realizadas bajo el amparo del SML, que a su vez es dependiente del Ministerio de Justicia y que ayuda a los tribunales de justicia en la confección de peritajes psiquiátricos y psicológicos forenses en materias penales, de familia, civiles y laborales. A esta institución se sumó el esfuerzo de MINSAL de crear unidades destinadas al desarrollo de la subespecialidad y desarrollo de pericias exclusivamente penales. Dentro de las unidades destacan:

- **UEPI (Unidad de Evaluación de Personas Imputadas):** Son dispositivos forenses dentro de hospitales psiquiátricos, con personal sanitario y custodia externa por personal de GENCHI. Están presentes en Putaendo, Santiago, Concepción y Temuco.
- **UPFT (Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria):** Son dispositivos ubicados dentro de complejos penitenciarios, con custodia externa de GENCHI, pero con personal sanitario dependiente del servicio de salud correspondiente. Dentro rige Salud, no GENCHI, por lo que se consideran verdaderas “Islas de Salud” dentro de los complejos. Se encuentran presentes en Arica y Valparaíso.
- **UPFI (Unidad Psiquiatría Forense Imputados):** Unidad que funciona íntegramente orientada al tratamiento de PPL. Solo habría una unidad en Chile, en Punta Arenas.

b) **Alta y Mediana Complejidad Forenses:** Ubicadas ambas en el Hospital Philippe Pinel de Putaendo.

c) **Hogares y Residencias Forenses:** Son casas insertas en la comunidad, en donde cumplen medidas de seguridad las personas que han sido declaradas inimputables por el tribunal de justicia. Fueron creadas para poder reinsertar a las personas que padecen enfermedades psiquiátricas, pero que han delinquido. Aún en los lugares donde no existen estas unidades, puede pasar que los tribunales exijan el cumplimiento de medidas de seguridad en unidades de psiquiatría general, lo que produce un bloqueo extremadamente largo de camas que debieran estar ocupadas por pacientes agudos.

Las atenciones de salud son adscritas en dos ejes

- **Medicina curativa:** Acciones integradas de detección precoz y tratamiento oportuno de enfermedades, revisión de las urgencias individuales y catastróficas en las enfermerías de atención de los módulos de reclusión, derivación a la Unidad de Salud requeridas. Además, realizan la atención en la Unidad de Salud de internos/as accidentados/as, la coordinación y control de prestaciones médicas en sistema de red de atención especializada externa, aplicación y revisión de protocolos de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que incluye programas de tratamiento de enfermedades especiales.
- **Medio Ambiente y Prevención de Riesgos:** Cuidado del medio ambiente y cuidado del personal de salud. Las actividades implican el manejo y disposición apropiada de desechos orgánicos e inorgánicos productos de la atención en Salud y Medicina, acciones de educación en higiene ambiental al personal civil y de Gendarmería, aplicación y difusión de políticas de protección del medio ambiente, vigilancia biológica del agua potable y de las dependencias con manipulación de alimentos.

Las atenciones de salud para controles de medicina general o especialidades se citan respetando horarios de comidas, de encierro y desencierro. La atención espontánea o de urgencia es inicialmente otorgada por un paramédico en estaciones de enfermería de los módulos. Se atiende una hora en las mañanas y una hora en la tarde. La toma de muestras es por la mañana.

Las unidades de salud cuentan con turnos permanentes las 24 horas del día para las atenciones de urgencias, a cargo de personal de enfermería y paramédico, habiendo turnos permanentes de médico de llamada.

En los módulos de internos/as se debería contar con enfermería, las que cuenten con personal paramédico y/o de enfermería, quienes realizarán la primera atención de evaluación y/o contención, decidiendo la pertinencia de derivación a la Unidad de Salud, otorgando además atenciones de salud de menor complejidad, como curaciones menores, medicación, toma de muestras, etc. Todas las atenciones médicas se deben realizar en la Unidad de Salud, ya sea para intervenciones menores, la toma de exámenes, la atención dental y las hospitalizaciones que sean necesarias.

Se aprecia una diferencia en la dependencia y funcionamiento de las unidades de salud entre aquellas cárceles tradicionales y las concesionadas, con mayor disponibilidad de infraestructura sanitaria y recursos humanos de salud en las concesionadas.

Por otra parte, el informe de los fiscales judiciales del país de febrero de 2018, consigna para el año 2017, los siguientes problemas en el acceso a las acciones de salud en los recintos penitenciarios: *“a nivel nacional solo existe un recinto hospitalario dentro de un recinto penitenciario (en la ex Penitenciaría) el cual no cuenta con todas las especialidades”*. Señala a continuación que *“en el resto solamente existe atención primaria de salud, por lo que ante una necesidad de salud más compleja o especializada, corresponderá recurrir al sistema público, luego de la derivación, previa solicitud y concesión de hora para el interno, lo cual dificulta sobremanera el acceso a estas acciones, de salud para los privados de libertad”*⁴⁶. A continuación, se señala que *“por otro lado, constantemente se producen problemas de coordinación para concurrir a los recintos públicos, ya sea por carencia de medios de transporte o de funcionarios/as que realicen este traslado y vigilancia. Es habitual que la atención de salud, sea realizada por paramédicos, pues los profesionales en este ámbito atienden en horarios parciales insuficientes para el conjunto de la población reclusa en cada establecimiento penitenciario”*.

Respecto a la coordinación entre Gendarmería de Chile y la red pública de salud, una encuesta realizada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en 2015 mostró que sólo en uno de veintinueve Servicios de Salud del país se contaba con convenio y protocolo de coordinación entre el Servicio de Salud respectivo y Gendarmería de Chile para la atención de las PPL. El año 2016 se actualizó un convenio de cooperación entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gendarmería de Chile, el Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud (Resolución Exenta N° 549), cuyos principales avances se tradujeron en incentivar la calificación de las PPL como categoría A de Fonasa. Por otra parte, se hizo un levantamiento de buenas prácticas de coordinación entre Atención Primaria de Salud Municipal y los recintos penitenciarios, y se dieron los primeros pasos, en el marco del Proyecto EUROSOCIAL, para diseñar un modelo de atención en salud del sistema penitenciario de Chile.

⁴⁶ Poder Judicial, 2018.

Tendencias en políticas públicas de la salud penitenciaria

A partir de la revisión realizada de los modelos de salud penitenciaria en el mundo y las discusiones actualmente abiertas en la literatura académica, se han identificado como temas prioritarios para efectos de los sistemas de salud penitenciarios:

Integración entre la cárcel y el sistema de salud nacional: Se eleva como uno de los principales temas de debate público, dada las implicancias económicas, administrativas y sanitarias que presentan los distintos modelos de integración expuestos. Desde la Organización Mundial de la Salud se ha reconocido la necesidad de avanzar en integrar el sistema de salud nacional con las administraciones penitenciarias, en la medida que aporta a la coordinación del proceso de atención en salud, entrega mayor independencia y confianza en los equipos de salud, y favorece el desarrollo técnico e investigativo de los profesionales⁴⁷. El tipo de dependencia del sistema de salud penitenciario y sus respectivos equipos a la autoridad penitenciaria constituye un elemento clave dentro de este debate, en la medida que caracteriza el marco de funcionamiento de la atención sanitaria dentro de las cárceles, así como los límites de su integración con los recintos de salud nacionales. Este elemento se sitúa en el debate sobre la incorporación de la promoción y prevención a los recintos penitenciarios, en la medida que requiere la modificación de las condiciones carcelarias y la incorporación de una perspectiva de salud a las distintas medidas aplicadas dentro de la administración de las cárceles⁴⁸.

Calidad de la atención en salud: Los sistemas de salud promueven el desarrollo de la calidad de la atención en salud, no siendo la excepción en el caso de la realidad penitenciaria. Si bien el modelo de salud no se encuentra directamente relacionado con la calidad de la atención, sí se ha considerado relevante su consideración dentro de los debates sobre reformas de salud penitenciaria. Los mecanismos que se encuentran considerados dentro de la discusión corresponden al aumento del financiamiento para la dotación de recursos humanos en salud, al establecimiento de estándares de evaluación de calidad en recintos penitenciarios, a la creación de organismos nacionales de control de calidad, o el sometimiento a mecanismos de control internacional a partir de organismos vinculados al derecho penitenciario, tales como Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT)⁴⁹.

Reducción de inequidades en salud: Se ha desarrollado a lo largo de este informe la exposición de las inequidades en salud producidas dentro de la población privada de libertad en comparación a la población general. En términos de sistema de salud, una de las principales barreras identificadas corresponde al acceso a financiamiento, el cual depende en gran medida de los modelos de seguridad social instalados en los países y su relación con la población privada de libertad⁵⁰.

Práctica profesional del personal de salud: Se ha considerado por la literatura y los organismos internacionales como un elemento crucial dentro de los recintos penitenciarios, cuyo desempeño está relacionado a la dependencia administrativa del equipo de salud y la presencia o no del componente sanitario dentro de la gestión penitenciaria. El debate público se ha referido al requerimiento de avanzar hacia una práctica profesional que permita resguardar la confidencialidad de los pacientes privados de

⁴⁷ OMS, 2014.

⁴⁸ Elger, 2011; Pinzón & Meza, 2018.

⁴⁹ OMS, 2014; Dubois et al, 2017.

⁵⁰ Pont & Harding, 2019.

libertad, disminuir la denominada “doble lealtad” por parte del personal de salud hacia la autoridad sanitaria y penitenciaria, así como entregar incentivos de formación, desempeño, y mejoría de indicadores sanitarios que permitan optimizar el proceso de atención en las cárceles y fuera de ellas⁵¹.

⁵¹ OMS, 2014; Pont & Harding, 2019, Dubois et al, 2017.

IV. SALUD PENITENCIARIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA

Salud penitenciaria

La salud penitenciaria es una nueva rama de la salud pública, que se encuentra en desarrollo como concepto y disciplina científica aplicada⁵². Esto así se entiende, puesto que las prisiones son parte de la sociedad y los reclusos son personas a quienes, a pesar de no tener derecho de libre circulación, el Estado les debe respetar el derecho humano a la salud.

En algunos países, tales como España, la salud penitenciaria se ejerce enmarcada y promovida dentro de un modelo de salud, con ministerios que administran y organizan instituciones que se relacionan a los recintos penitenciarios, con lineamientos legales definidos que respaldan su actuar. Existiendo guías clínicas que proveen de orientación a los profesionales de la salud y otorgan garantías en lo público. La salud está siendo ofrecida en el sistema penitenciario, trabajando de forma conjunta con el sistema de atención primaria de salud⁵³.

En Chile, no existe este concepto aplicado al sistema de salud por parte del Ministerio de Salud o como política de estado, ni tampoco como rama de estudio en las carreras de medicina de las universidades del país. Los pocos datos en salud penitenciaria que se tienen con acceso público, son aquellos brindados de forma somera por la Gendarmería de Chile. Estos datos pueden ser pedidos por Ley de Transparencia para poder caracterizar la salud de la población penitenciaria. Existe poca información sistematizada y clara al respecto.

A pesar de esta carente aplicación de un sistema de salud penitenciaria y de la falta de datos y transparencia de cómo funciona el sistema de salud en las cárceles, Gendarmería de Chile debe regirse por los derechos humanos de la función penitenciaria, específicamente el derecho a la salud, desarrollado en su Manual de Derechos Humanos de la función penitenciaria, y descrito en extenso en el inicio de este informe.

Junto con la pandemia por SARS-CoV-2 en Chile, se generaron crisis sanitarias al interior de cárceles chilenas, lo que ha captado la atención de medios de comunicación, autoridades, ciudadanía, organizaciones y familiares de las y los reclusos, sobre las condiciones de salud de las personas privadas de libertad. La pandemia por COVID vino a acrecentar la problemática en salud ya existente en el sistema penitenciario en Chile.

Perfil de la población penitenciaria

Población carcelaria

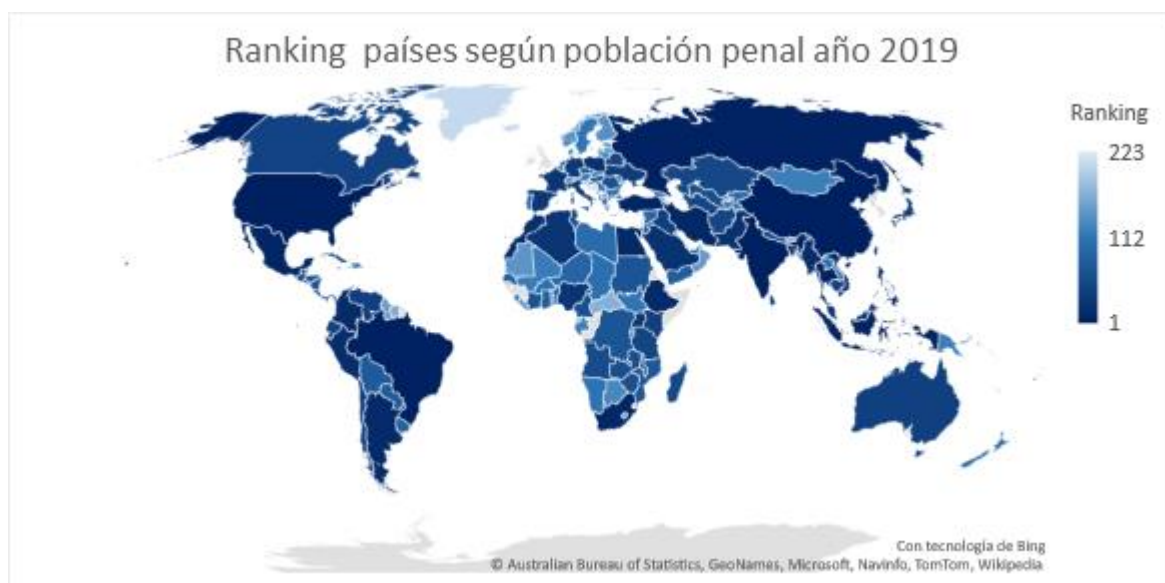
De acuerdo a datos actualizados al año 2019, en el mundo existen 10.630.108 personas privadas de libertad, quienes en gran parte se concentran en países como Estados Unidos (2.094.000); China (1.710.000) y Brasil (759.518).⁵⁴ En este listado mundial, Chile se encuentra en el puesto n°44 con mayor población penal, con 39.395 a esa fecha. El gráfico a continuación presenta la población penal de los 223 países de los

⁵² WHO, 2014.

⁵³ De la Guía, A. 2011.

⁵⁴ Walmsley, 2019. Prison Studies: <https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total>

cuales se tienen información sobre su cantidad de personas privadas de libertad, marcando el ranking de mayor población penitenciaria (n°1, EE UU) y menor (n°223, San Marino).⁵⁵



Mapa 1. Población carcelaria de los países del mundo año 2019. Elaboración propia en base a datos de Prison Studies.

En Chile, la población penitenciaria al año 2019 era de 42,218 personas encarceladas, representando una Tasa de 211 personas por cada 100 mil habitantes. Como se observa en la siguiente Tabla, el número de personas privadas de libertad en el país aumentó desde el 2000 al 2019. Si bien el peak de personas encarceladas fue durante el 2010 (con 54,628) y a partir de dicho año se nota una baja significativa en la cantidad de población penal, en el año 2019 se cuenta con 9 mil personas más personas privadas de libertad que las que había en el 2000. Por su parte, la tasa de población penal con respecto a la población general de Chile se ha mantenido relativamente estable entre los mismos años comparados (entre 215 y 211 cada 100,000 habitantes).

Tabla 2. Población carcelaria de Chile

Año	Población penal total	Tasa de población penal
2000	33,05	215
2002	34,901	222
2004	36,374	226
2006	39,417	240
2008	48,826	291
2010	54,628	320

⁵⁵ Walmsley, 2019. Prison Studies: <https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total>

2012	51,882	298
2014	45,501	257
2016	43,603	242
2018	41,689	228
2019	42,218	211

Tabla 2. Población carcelaria y Tasa población penal en Chile últimos años (2000-2019) Elaboración propia en base a datos de Prison Studies.

Hacinamiento y sobrepoblación

En la última década, el nivel de hacinamiento de las cárceles en América Latina ha ido en aumento. Según estudios, si la población mundial crece un 19,8%, la población penitenciaria lo hace en un 60,5%. Por lo que si la tasa de reclusos al 2018 es de 145 cada 100.000 habitantes, en América Latina es de 241 cada 100.000⁵⁶.

Para Chile, esto ya no es novedad. En el año 2016, la Corte de Apelaciones de Santiago de Chile denunció hacinamiento y condiciones inhumanas en 13 centros de la Región Metropolitana. En un informe del INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos) para los años 2016 al 2019 se cita lo siguiente en relación al nivel de sobrepoblación y hacinamiento en Chile: *“La capacidad según diseño de los centros de reclusión en Chile al 2017 es de 41.105 plazas. Si se considera la población reclusa del año 2016 (43.249), el porcentaje promedio de ocupación fue de 105,2%. El año 2017 (42.214), en tanto, alcanzó el 102,6%. Sin embargo, este porcentaje debe observarse como dato general, debido a que esta cifra no da cuenta de realidades específicas de algunos establecimientos penitenciarios ya que pueden estar unos más sobrepoblados que otros, existen módulos o celdas específicas en condiciones de sobreocupación y otras no, y las cárceles concesionadas presentan particularidades asociadas al proceso de densificación llevado a efecto el año 2014⁵⁷”*

Mortalidad en prisión

La mortalidad global se estima y proyecta. Según datos de la web de la Central Intelligence Agency (CIA) de EE. UU, el estimado de tasa bruta de mortalidad anual global para el año 2020 es de 7,7 en 1.000 habitantes, mientras que en Chile es de 6,5 en 1.000 habitantes⁵⁸. Según el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, la tasa bruta de mortalidad en el año 2017 fue de 5,8 por 1.000 habitantes.

Una revisión del año 2012 estimó que las tasas de mortalidad bruta a nivel mundial en prisión eran de 720 a 2054 por 100.000 (7,2 a 20,54 por 1.000) personas por año. Lo que nos indica que las tasas de mortalidad en prisión son superiores a la población general. Las tasas de mortalidad estandarizadas masculinas variaron de 1,0 a 9,4 v/s las femeninas desde 2,6 a 41,3; siendo más altas en blancos, mujeres y prisioneros más jóvenes. Ese mismo estudio concluye que los prisioneros liberados corren mayor riesgo de mortalidad en el periodo inicial después de la liberación⁵⁹. A este punto, el reporte anterior nos da un dato interesante: que la mortalidad de la persona aumenta, después de haber estado en la cárcel.

⁵⁶ Fondevila & Vilalta, 2019.

⁵⁷ INDH, 2018.

⁵⁸ CIA, 2020.

⁵⁹ Zoldre & Fazel, 2012.

Según un informe del año 2019 del Alto Comisionado de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, se informa que la tasa de mortalidad de PPL llega a ser un 50% más alta que la amplia comunidad⁶⁰. La tendencia mundial nos evidencia que la cárcel aumenta la mortalidad dentro y fuera de ella, encontrándose patrones similares al observar diferentes países y continentes.

En Estados Unidos, para el año 2018 la tasa de mortalidad fue de 26,4 por 10.000 reclusos⁶¹. En relación a las causas de muerte en prisión en el mismo país, un estudio del Bureau of Justice Statistics (BJS) en el programa de Deaths in Custody Reporting (DCRP) informó que las primeras causas de muerte fueron, en orden decreciente: cardiovascular (25%), cáncer (22%) y suicidio (11%)⁶².

En España, según datos solicitados al Ministerio del Interior por su Ley de Transparencia al año 2018, la tasa de mortalidad fue de 41,3 cada 10.000 internos; siendo la primera causa, la muerte natural o por enfermedades, seguida de drogas, suicidio, accidente y agresiones⁶³. En un estudio del mismo país, de 15 años de seguimiento a una cárcel, se estableció una tendencia al descenso de la mortalidad, y estableciendo la causa cardiovascular como la primera causa de muerte, seguida por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)⁶⁴.

En Chile, según datos de Gendarmería de Chile, entre el año 2013 al 2017 murieron 630 internos/as. Muertes de las cuales un 46% fueron a causa de una enfermedad, 37% por riñas o agresiones y un 11,8% por suicidios⁶⁵. En un estudio sobre diagnóstico de salud penitenciaria en Chile del año 2018, se observa que la principal causa de deceso para el año 2017 correspondió a las agresiones entre internos/as, secundada cercanamente por enfermedad⁶⁶.

Tabla 3. Decesos por causas más relevantes de personas privadas de libertad, en Chile al año 2017.

Causas de decesos	Número	Porcentaje
Por agresiones entre internos/as	48	42,8
Por enfermedad	44	39,3
Por suicidio	11	9,8
Otras causas	7	6,3
Accidentes	2	1,8
Total	112	100

Tabla 3: Decesos de PPL en 2017. (GENCHI, 2018)

⁶⁰ ONU, 2019.

⁶¹ Heide & Chan 2018.

⁶² Zheng, 2016.

⁶³ El Confidencial 2020.

⁶⁴ García *et al.*, 2011.

⁶⁵ LEASUR, 2018.

⁶⁶ Gendarmería de Chile, 2018.

Se concluye que las tasas de mortalidad dentro de la cárcel son superiores a las de la población general, y que una persona que fue puesta en libertad tenderá a aumentar más aún esta cifra.

Morbilidad en prisión

Se sabe que la población penitenciaria tiene una alta tasa de enfermedades infectocontagiosas, destacando el VIH, TBC y hepatitis. Además, presentan altas tasas de prevalencia de enfermedades relacionadas con salud mental, como el uso problemático de sustancias, suicidio, y otras enfermedades no transmisibles.

Según un estudio del año 2013 de la población penitenciaria chilena, se estima que un 45% posee al menos una enfermedad diagnosticada, siendo la primera causa las enfermedades mentales, seguidas por las cardiovasculares y respiratorias⁶⁷. Del total de pacientes con patologías, un 56% ha pedido atención en salud y alrededor de sólo un tercio de ellos se siente satisfecho de la atención recibida⁶⁸. A continuación, se describen las enfermedades anteriormente mencionadas, profundizando en la epidemiología actualizada.

Enfermedades infectocontagiosas

Según la ONU, las enfermedades infectocontagiosas en prisión pueden ser potencialmente letales sin tratamiento. Se sabe que los índices de tuberculosis son desde 10 a 100 veces más prevalentes en prisión⁶⁹, los de VIH son 5 veces mayores y una de las primeras causas de mortalidad después de las cardiovasculares en prisión⁷⁰, presentando altas tasas de hepatitis B y C. Las dos últimas son transmitidas por sangre, vía sexual y transmisión vertical, al igual que en la población general. La población usuaria de drogas endovenosas (o por administración en agujas) y quienes ejercen el trabajo sexual son grupos de riesgo dentro de los centros penitenciarios, siendo un grupo necesitado de contar con protección y control dirigidos, para así disminuir la cantidad de contagios. Es por ello que brindar salud sexual y mental, además de aplicación de tests de screening de forma continua, ayudaría a mitigar el riesgo de contagio de estas enfermedades transmisibles.

Existe alguna evidencia escasa sobre la relación que existiría entre la densidad poblacional dentro de una celda y el aumento de prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y transmisibles⁷¹. Es lógico pensar en una relación positiva entre la densidad poblacional de la celda y la prevalencia de estas enfermedades, debido a la probabilidad de contagio, pero la evidencia es heterogénea aún. De forma contrastante, hay amplia evidencia y es lógico igualmente, el concluir que la cárcel es un factor determinante para adquirir o transmitir enfermedades infectocontagiosas. Esta es una realidad con amplia y profunda evidencia científica, respaldada por la alta prevalencia de enfermedades al ser comparados con la población general.

VIH :

Nos detenemos en el VIH y lo describimos puesto que es una enfermedad crónica transmisible vía sexual, vertical o sanguínea, que en caso de no ser tratada, puede ser potencialmente mortal.

⁶⁷ Osses & Pereira, 2013.

⁶⁸ Osses & Pereira, 2013.

⁶⁹ WHO, 2014.

⁷⁰ UNAIDS, 2016.

⁷¹ Simpson *et al.*, 2019.

En el mundo, la prevalencia de VIH se estima en 38,0 millones de personas totales al año 2019, con 690.000 muertes ese mismo año por VIH, con sólo 25,4 millones de ellos con acceso a tratamiento⁷².

La prevalencia de VIH en la población penitenciaria varía entre diferentes estudios de países, desde 0% -2% en Australia hasta 2% en América, 11% en América Latina, 10% en Oriente Medio y 20% en países africanos⁷³. En la población de prisioneros iraníes, altamente estudiados, se estima que la prevalencia de VIH es de un 24,4%, es decir, casi un cuarto de ellos⁷⁴. Algunos estudios indican que del total de personas que se estarían tratando con terapia antirretroviral, solo un 54,6% sería adherente a la terapia (>95% de asistencia a tratamiento)⁷⁵.

La ONU cuenta con un Observatorio de VIH y cárceles, promovido por ONUSIDA, en donde se ha hecho investigación a nivel latinoamericano y se entregan algunas recomendaciones.

En Chile, para el año 2008, la población penitenciaria en Chile de las cuales se tenía registro hasta ese momento era de 496 personas identificadas con VIH⁷⁶. Para el año 2011, había un total de 228 personas identificadas con VIH, de las cuales 215 son hombres⁷⁷. En un informe de LEASUR 2018, se describe que un total de 0,8% de internos refieren tener VIH.

En un estudio sobre diagnóstico de salud penitenciaria del año 2018 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en relación al VIH se cita lo siguiente: *“la incidencia es de 26 casos nuevos en una población penal de 43.227 personas y la incidencia acumulada es de 61 x 100.000 reclusos(as), el doble de la tasa nacional. Al 31/12/2017, se conocía de 206 reclusos(as) portadores del VIH, de un total de 43.227 reclusos vigentes (0,5% del total)”*. Se agrega la siguiente tabla del mismo texto:

Tabla 4. Personas privadas de libertad con VIH en tratamiento antirretroviral en Chile al año 2017.

Personas privadas de libertad con VIH/SIDA	Personas privadas de libertad con VIH/SIDA y TAR	% Personas privadas de libertad con TAR
206	171	83%
<p><i>*Según ONU- SIDA 2017, en América Latina, 4 de cada 5 portadores del virus conocen su condición, sin embargo, la cifra de personas que tiene acceso al respectivo tratamiento antirretroviral alcanza, aproximadamente, un 72%. La entrega de medicamentos es establecida según criterios del Ministerio de Salud. Fuente: Departamento de Salud Gendarmería de Chile.</i></p>		

Tabla 4: Personas en tratamiento antirretroviral para el VIH⁷⁸. (Ministerio de Justicia, 2018)

⁷² UNAIDS, 2020.

⁷³ Gańczak *et al.*, 2017.

⁷⁴ Akbari *et al.*, 2016.

⁷⁵ Uthman *et al.*, 2017.

⁷⁶ ONUSIDA, 2008.

⁷⁷ Contraloría Chile, 2012.

⁷⁸ Ministerio de Justicia y derechos humanos, 2018.

LEASUR solicitó por medio de la Ley de Transparencia la cantidad de personas identificadas con VIH en las cárceles de Chile al año 2020, pero no obtuvimos respuesta.

La información anterior muestra una prevalencia elevada del VIH en cárceles e implica una alarma para los sistemas de salud nacionales, en virtud de los gastos requeridos para tratamiento, seguimiento en salud y la prevención de contagio (uso de preservativos, educación en salud sexual, etc.).

Tuberculosis (TBC): La incidencia de TBC en el mundo para el año 2019 es de 10 millones, con una tasa de 130/100.000 habitantes, se estima que para el año 2020 la incidencia de TBC es de 9.96 millones de casos⁷⁹.

La tuberculosis en la población penitenciaria es desde 3 a 1000 veces más prevalente que la población general; en un informe de LEASUR 2018, se describe que un total de 2,9% de internos en Chile refieren tener TBC. En las cárceles chilenas, el riesgo de contagio es de 18 veces⁸⁰, y se ha estudiado que mientras mayor es la pobreza del país, mayor es la tasa de resistencia antibiótica, alcanzando hasta un 54% de multi-resistencia y hasta un 11% de extensa resistencia antibiótica⁸¹. Además, reportes y revisiones que analizan la coinfección de VIH con TBC estiman que la coinfección se presenta desde un 32,6% hasta un 73,1%, lo que es mayor que la población normal⁸².

En el informe de diagnóstico de salud penitenciaria del 2018 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Chile, en relación a la TBC se cita *“La incidencia de tuberculosis en el sistema penitenciario es de 34 casos nuevos en una población penal de 43.227 personas, con una incidencia acumulada de 80 x 100.000 reclusos(as), seis veces la tasa nacional. Todos los casos diagnosticados de TBC en Unidades Penales chilenas son tratados.”* La siguiente tabla informa sobre medidas preventivas en Chile:

Tabla 5. Tipos de acciones para la prevención de la tuberculosis en el sistema carcelario en Chile, en el año 2007.

Tipos de acciones de prevención	Número
Baciloscopías*	43.227
Derivado protéico purificado al Bacilo de Koch	2.367
Radiografía de tórax**	781

*El porcentaje de baciloscopías en el año 2017 a personas privadas de libertad sintomáticas respiratorias es de 6,9% (sintomático respiratorio a individuos con tos por más de 30 días).

** El porcentaje de radiografías de tórax en el año 2017 a personas privadas de libertad es del 1,8% como procedimiento de confirmación diagnóstica. Fuente: Departamento de Salud Gendarmería de Chile.

Tabla 5: Acciones de prevención de la TBC en 2007⁸³. (Ministerio de Justicia, 2018)

⁷⁹ OMS, 2020.

⁸⁰ CEPS & UDD, 2014

⁸¹ Biadlegne *et al.*, 2015.

⁸² Dianatinasab *et al.*, 2018; Edge *et al.*, 2016.

⁸³ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos 2018.

Cabe señalar que LEASUR solicitó a GENCHI las cifras de TBC actualizadas en cárceles chilenas para el año 2020, por vía de Ley de transparencia. No se recibieron respuestas.

Otras enfermedades respiratorias e infectocontagiosas

Otras enfermedades, menos prevalentes a nivel global, pero no menos graves en el impacto a la salud, son las enfermedades respiratorias. Dentro de ellas, destaca la influenza como causa de mortalidad. Además, encontramos algunas infectocontagiosas, algunas de ellas con clínica respiratoria tales como el sarampión, paperas y rubeola, hepatitis, tétano, difteria, enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, chlamydia, VIH, etc.) y ectoparásitos. Las anteriores son altamente reportadas en la población penitenciaria. Muchas de ellas pueden ser controladas o incluso disminuidas con vacunación y fortalecimiento de medidas de higiene en las instalaciones carcelarias, tanto como la higiene personal e individual de cada persona. Se ha visto que una medida sencilla de aplicar, como la vacunación, ha sido útil como forma de prevención en salud. La vacunación es una medida costo efectiva en la población penitenciaria, reduciendo la carga de enfermedades prevenibles⁸⁴.

Enfermedades crónicas no transmisibles

A nivel global, las enfermedades crónicas no transmisibles son las que mayor mortalidad generan, estando en primer lugar las causas cardiovasculares (48%), secundadas por el cáncer (21%), luego enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3,5%)⁸⁵. La población penal no está exenta de ellas, teniendo incluso una mayor prevalencia. Lo anterior se explica por la carga personal de morbilidad, previa o durante su estadía en la cárcel. La razón es que la población penitenciaria posee factores de riesgo aumentados, tales como tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias, mal o subnutrición, sedentarismo, entre las más importantes a mencionar. Esto se relaciona directamente a la presencia de pobreza y precariedad dentro de las condiciones en salud de los reclusos, siendo un patrón común en el interior de las cárceles.

En EE. UU., un estudio del 2015 en cárceles refiere que un 40% de la población penitenciaria tiene alguna enfermedad crónica. Las mujeres tienden a reportar más enfermedades crónicas que los hombres, la hipertensión es la enfermedad más común reportada (prevalencia de 26 a 30%), encontrándose también sobrepeso y obesidad (62 a 74%), diabetes (7,2 a 9,0%) y asma (14,9 a 20,1%)⁸⁶.

Por ende, se desprende que la población penitenciaria presenta una alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles, presentando una alta carga de morbilidad personal y factores de riesgo en salud aumentados.

Enfermedades de riesgo cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares también tienen alta prevalencia en personas dentro de cárceles.

El sobrepeso para el año 2016 en el mundo se calculaba en más de 1,9 billones de personas adultas en el mundo, de ellas, 650 millones eran obesas⁸⁷. La tendencia es a aumentar la presencia de esta enfermedad. En relación al aumento de peso y obesidad en la cárcel, un estudio demostró que la prisión hace aumentar

⁸⁴ Madeddu *et al.*, 2019.

⁸⁵ WHO, 2011.

⁸⁶ Maruschak *et al.*, 2015.

⁸⁷ OMS, 2018.

de peso, afectando mayormente a las mujeres. Lo que sí, la población con enfermedades crónicas no aumenta tanto de peso como la población sin comorbilidades, sin embargo, las PPL con diabetes tienden a disminuir de peso⁸⁸, esto podría significar un mal manejo de ésta última enfermedad. Como sabemos la obesidad aumenta las tasas de diabetes y enfermedades cardiovasculares, aumentando la mortalidad por aumento del riesgo cardiovascular⁸⁹. Por lo que prevenir el sedentarismo y la obesidad, parece ser una buena medida para evitar enfermedades derivadas de ellas como la dislipidemia, hipertensión, infartos y accidente cerebrovasculares. Estar dentro la cárcel y dentro de una celda, lógicamente predispondría al sedentarismo y a disminuir la actividad física, por lo que sería apropiado generar programas de actividad física para generar hábitos saludables.

La hipertensión (HTA) en el mundo se estimaba en 31.1% (1.39 billón) en el 2010⁹⁰. Luego, al año 2015 se estimaba que tenían HTA un 1/4 hombres y en 1/5 en mujeres, con un total de 1.13 billones de personas⁹¹. En la Encuesta Nacional de Salud 2016 al 2017 en Chile la prevalencia de HTA es de un 27%. Por lo que se refiere a la prevalencia de hipertensión en PPL, en algunos estudios localizados se ha encontrado una alta tasa de hipertensión; por ejemplo, en un estudio del 2019 en la prisión de Yaoundé Central, de 437 internos, un total de 39.6% de los internos presentaba el diagnóstico, cuando sólo un 14% refería haber tenido el diagnóstico previamente⁹². Otro estudio del 2018 en una prisión regional del este de Nepal, de una muestra de 434 personas, afirma que un 50.7% está en etapa de prehipertensión, un 13,1% hipertensión en etapa 1 y un 9% en etapa 2⁹³. No encontramos estudios actualizados en Chile, por lo que hace falta un diagnóstico poblacional de estas enfermedades al interior de cárceles.

La diabetes en el mundo al 2014 se estimaba con un total de 422 millones, con un 8,5% en personas mayores de 18 años. La diabetes también es un factor de riesgo cardiovascular, y aumentará su prevalencia paralelamente a la presencia de aumento de peso y obesidad. En relación con esto, otro estudio en Yaoundé Central con 437 internos, concluyó una prevalencia de 9,4%, mayor al de la población general⁹⁴, mientras que un estudio americano detectó un 12,1% de prevalencia de diabetes⁹⁵. No encontramos estudios actualizados en Chile sobre diabetes en PPL.

Sobre la concomitancia o comorbilidad, es necesario tener un enfoque integral al momento de manejar a los pacientes.

En EE. UU., para el año 2012 un gran porcentaje de las PPL tenían hipertensión (13,8%), problemas cardíacos (6,1%) y diabetes (4,0%), estableciéndose una relación de exacerbación clínica con la concomitancia de otro tipo de antecedentes comórbidos como: abuso de alcohol (44,6%) y drogodependencia (44,3%)⁹⁶.

⁸⁸ Gates & Bradford, 2015.

⁸⁹ Leddy *et al.*, 2009.

⁹⁰ Mills, 2020.

⁹¹ OMS, 2019.

⁹² Timnou *et al.*, 2019.

⁹³ Shrestha, 2018.

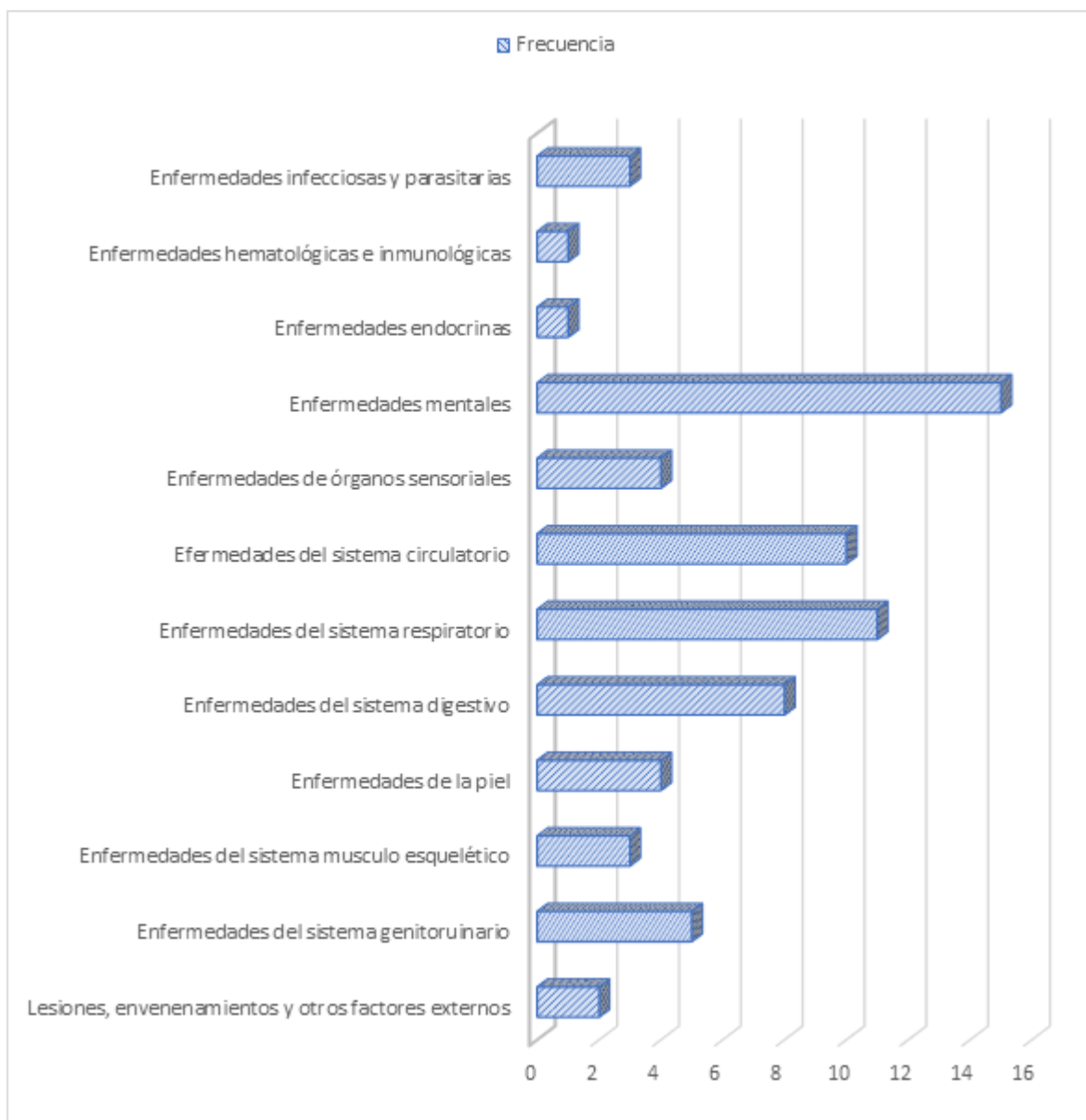
⁹⁴ Simeni *et al.*, 2020.

⁹⁵ Skarupski *et al.*, 2018.

⁹⁶ Maruschak, 2012.

En Chile hay muy pocos estudios sobre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en PPL. Sin embargo, un estudio del año 2013 sugiere que un 55,2% de la población penitenciaria aumenta de peso al ingresar a la cárcel. Un 19,9% tendría síndrome metabólico, un 9,9% tendría la presión sistólica alterada, un 3,5% la presión diastólica alterada, mientras que un 15,6% tendría colesterol alterado, 45,4% triglicéridos alterados, y un 12,1% presentará una glicemia alterada. Sobre el tabaquismo, un 62,4% refiere haber fumado en los últimos 6 meses⁹⁷. Se adjunta gráfico del mismo estudio de Osses y Riquelme del año 2013 en Chile:

Gráfico 1. Frecuencia de enfermedades presentadas por internos, según clasificación de enfermedades CIE.10.



Gráfica 1: Frecuencia de enfermedades según CIE-10. (Osses y Riquelme, 2013) Se puede apreciar la alta frecuencia de enfermedades del área de la salud mental.

⁹⁷ Osses & Riquelme, 2013.

En el informe sobre diagnóstico de salud penitenciaria en Chile del año 2018, elaborado por la División de Reinserción Social del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, sobre las enfermedades no transmisibles en el año 2017 se contabilizaron un total de 3.470 pacientes con enfermedades no transmisibles (2801 hombres), ver tabla 6.

Tabla 6. Enfermedades no transmisibles más frecuentes en la población privada de libertad en Chile al año 2017.

Patología	Número	Porcentaje
Hipertensión arterial	1.526	50
Diabetes no insulino dependiente	557	18
Diabetes insulino dependiente	177	6
Asma obstructiva crónica	321	11
Hipercolesterolemia pura	155	5
Hiperlipidemia mixta	95	3
Hipotiroidismo	77	3
Hiperglicemia pura	51	2
Obesidad	33	1
Cáncer	31	1
Total	3.023	100

Tabla 6: Enfermedades no transmisibles en población privada de libertad⁹⁸ Departamento de Salud de Gendarmería de Chile, informe 31/12/2017.

El año 2020, bajo la Ley de Transparencia LEASUR solicitó a GENCHI datos de: obesidad, diabetes, hipertensión, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tabaquismo, alcoholismo, y uso problemático de sustancias en las cárceles de Chile. No recibimos información.

Discapacidad en prisión

El concepto discapacidad es entendido desde la OMS como aquel resultante de la interacción entre las personas y la sociedad, explicitando que la discapacidad no es un atributo de la persona, pudiendo mejorar la participación abordando barreras limitantes⁹⁹. Si bien mantiene bases médicas y sociales, se comienza de esta base para situar el concepto desde el modelo social, enfatizando en barreras económicas,

⁹⁸ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2018.

⁹⁹ OMS, 2011.

medioambientales y culturales en el contexto como causantes de esta¹⁰⁰ y así, la discapacidad se explica desde la construcción social¹⁰¹ política y cultural que genera barreras y limitaciones en el cotidiano. La discapacidad puede sub clasificarse en física, sensorial, orgánica, mental (cognitiva e intelectual), del desarrollo, etc.

Actualmente en Chile, las condiciones carcelarias representadas por carencias, insalubridad, falta de atención médica, falta de servicios sanitarios adecuados, restricciones indebidas y otros maltratos¹⁰², se configuran como barreras sistemáticas del sistema penal, situando a la prisión como entidad discapacitante. Muchas de estas situaciones se replican en el medio libre, marcando la diferencia en la privación de libertad derivada de la condena.

Un estudio realizado por Pérez¹⁰³ en ciudad de México, destaca que la dificultad se encuentra en la *“percepción subjetiva de las barreras del sujeto en un entorno que objetivamente impone barreras”*, donde identifica barreras carcelarias para caminar, subir escalones, bañarse, comunicarse, entre otras, otorgando importancia a la construcción del déficit mediante dificultades y limitaciones de espacios carcelarios. Si comparamos aquello con las condiciones carcelarias explicitadas en apartados anteriores, se identifican barreras rápidamente, así por ejemplo en la realidad de cárceles chilenas *“un 44,7% de los internos encuestados reportaron un “difícil acceso” a la atención médica o de enfermería”*¹⁰⁴.

Personas en situación de discapacidad privadas de libertad

Considerando lo anterior y persiguiendo el estudio de personas en situación de discapacidad que se encuentran privadas de libertad, se evidencia que la discapacidad y diversidad intelectual en las cárceles del mundo han sido mayormente estudiadas desde el trabajo social.

Datos de epidemiología actualizada indican que la prevalencia está sobrerrepresentada en prisiones, pero existe variedad de reportes con diferentes datos, concluyendo actualmente que muchos subestiman la discapacidad intelectual. Una revisión que consideró a más de 15.000 personas, refiere que dependiendo del país y cultura del estudio, las tasas varían del 1 al 69% de prevalencia de discapacidad intelectual en hombres en cárceles¹⁰⁵. En otras palabras, en el peor de los casos, 1 de cada 2 hombres en cárceles presentarán algún grado de discapacidad intelectual.

Así mismo, se estima que la prevalencia de discapacidad intelectual en prisión es de 7 veces más que la población general¹⁰⁶. En un estudio Noruego con 143 internos/as, se encontró una prevalencia de 10,8% de coeficiente intelectual bajo (IQ<70)¹⁰⁷. En Ontario, Canadá, un estudio de cohorte retrospectivo con N = 52, concluyó que un 2,2% tenía discapacidad, superior al 0,7% en la población general (N = 10.466.847). En España, con datos de administración penitenciaria, se estimaba que la prevalencia al año 2007 de

¹⁰⁰ Victoria, 2013.

¹⁰¹ Huerta-Solano, 2018.

¹⁰² Bulnes et al, 2017.

¹⁰³ Pérez, 2019, p. 30.

¹⁰⁴ Sanhueza y Candia, 2019, p.13.

¹⁰⁵ García et al., 2020.

¹⁰⁶ Spreat, 2020.

¹⁰⁷ Søndena et al., 2008.

discapacidad en prisión era de un 4,14%¹⁰⁸. Estas cifras últimas parecen más cercanas a la realidad general, pero aún así, son más altas que la población normal.

En Chile, la tasa de prevalencia de discapacidad de personas reclusas se estima de 72,1 cada 10.000 internos/as¹⁰⁹ según GENCHI.

Sobre el trato a personas con discapacidad en cárceles chilenas la situación es desconocida y poco reportada de forma pública. En un informe del INDH del año 2015 de condiciones carcelarias del CP de Alto Hospicio en la Región de Tarapacá, se informa por un lado que *“Gendarmería llama ‘módulos insanos’ al lugar donde se ubica a las personas con discapacidad psiquiátrica, concepto que no corresponde desde un enfoque de derechos humanos”*. Por otro lado, *“A nivel de discapacidad mental e intelectual, existe sólo un establecimiento penitenciario en el país que cuenta con una dependencia específica para atender a estos internos, se trata del CDP Santiago Sur que concentra en la Calle 15 a los internos con problemas de salud mental. En materia de discapacidad física y sensorial, no existe una política institucional de accesibilidad en los establecimientos ni tampoco de accesibilidad en la educación y actividades laborales”*¹¹⁰. Si consideramos las cifras aumentadas de discapacidad en cárceles, parece ser necesaria una política de salud pública en esta materia.

A partir de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, en el año 2010 entró en vigencia en Chile la Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad cuyo objetivo es *“asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad”*. Resulta relevante considerar las condiciones de vida en reclusión, no tan solo respecto de los cuidados requeridos atendiendo a situaciones de discapacidad, sino que además en relación a la complejidad que implica asegurar procesos de rehabilitación y reinserción social para las personas que se encuentren en situaciones de privación de libertad y discapacidad.

Chile también en el año 2016 se suscribe y aprueba un convenio de colaboración entre Gendarmería de Chile (GENCHI) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), en el que ambas instituciones se comprometen a disponer de las acciones necesarias para asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades e inclusión social de las PPL en situación de discapacidad, en la educación y promoción de sus derechos. En este convenio, GENCHI se comprometió a realizar catastros de las personas reclusas que se presenten con discapacidad, detectar necesidades específicas, realizar acciones de monitoreo de esta población a fin de evitar vulneraciones de sus derechos durante el cumplimiento de su condena, y efectuar las coordinaciones permanentes con SENADIS, quienes capacitarán en materia de derechos de las personas con discapacidad a funcionarios/as de GENCHI.

Dicho convenio responde a un doble estigma otorgado por la situación de discapacidad y por la privación de libertad. Anteriormente se mencionó la subestimación hacia personas en situación de discapacidad intelectual, lo que sumado a la provocación de estigma que significa la pena privativa de libertad¹¹¹ genera un doble etiquetamiento que dificulta aún más la inclusión social de dichas personas. Esto responde a la

¹⁰⁸ Huete & Díaz, 2011.

¹⁰⁹ Gendarmería de Chile, 2018.

¹¹⁰ LEASUR 2018.

¹¹¹ Cury, 2011.

teoría de etiquetamiento descrita por Cid y Larrauri en 2001, donde se señala que para entender el sentido social de los comportamientos se debe examinar la reacción social suscitada.

En el estudio realizado el año 2018 por el INDH sobre las condiciones carcelarias según estándares internacionales, se menciona que las PPL en situación de discapacidad en Chile informadas por GENCHI corresponderían a un total de 12 personas, todos hombres, considerando la totalidad de las unidades penales del país. Estas personas serían clasificadas como “población con discapacidad mental”, y según su situación de discapacidad, son subcategorizadas en “discapacidad conductual y otros mentales” y “discapacidad de comunicación y comprensión del lenguaje”. Respecto a personas reclusas que se encuentran en situación de discapacidad física serían 284 personas, representando un 0,7 % del total de las privadas de libertad a nivel nacional. De la población masculina reclusa a nivel nacional, los que se encuentran en situación de discapacidad física corresponden a un 0,7%, y del total de la población femenina, un 0,4% estaría en situación de discapacidad.

Respecto de los registros documentados, no se encuentra información en cuanto a las diversas situaciones de discapacidad de PPL, ni de protocolos o gestiones penitenciarias en relación a procesos de evaluación de estas discapacidades, o del registro de estas personas a SENADIS. Tampoco existe información accesible donde se describan gestiones de salud que los establecimientos penitenciarios pudieran establecer tanto en una línea preventiva frente a posibles situaciones de salud que se constituyan en una condición de discapacidad, o en prevenir mayores deterioros de quienes ya la presentan en situación de encarcelamiento. En la misma línea, tampoco hay información respecto de posibles atenciones diferenciales y especializadas en el marco de un tratamiento adecuado para el abordaje de las situaciones de discapacidad mencionadas en este apartado.

Cabe señalar que LEASUR solicitó datos de discapacidad en cárceles chilenas al año 2020 a GENCHI, por Ley de Transparencia. No recibimos información.

Enfermedades en salud mental

La prevalencia total de enfermedades mentales en personas reclusas es mayor que la población general, sin dejar de seguir esta tendencia en Chile¹¹². Se cree que hasta dos tercios de la población penitenciaria presentará alguna patología psicológica y que su prevalencia aumentará según aumente la estadía de reclusión. Cabe destacar que, de la población total de privados de libertad, se estima que un 67% no ha tenido contacto con servicios de salud mental previo al ingreso a un centro penitenciario¹¹³.

Con relación a lo mismo, las estadísticas indican que 9 de cada 10 internos/as, presentará algún síntoma o cuadro del área de la salud mental¹¹⁴. Las y los reclusos se encontrarán con un riesgo de hasta 6 veces mayor de presentar un trastorno psicótico y depresión severa; y 10 veces de presentar un trastorno antisocial de la personalidad¹¹⁵. Se estima que el trastorno de personalidad es uno de los más prevalentes alcanzando a un 42% de la población penitenciaria¹¹⁶.

¹¹² Fazel & Danesh, 2002; Mundt *et al.*, 2013.

¹¹³ Zabala, 2016.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ Brugha *et al.*, 2006; Andersen, 2004; Fazel & Danesh, 2002.

¹¹⁶ Bulten, 1998.

En la literatura científica, algo interesante a mencionar es la Ley de Penrose. Esta ley se refiere a la relación inversa entre el número de camas en hospitales psiquiátricos y el número de encarcelamientos¹¹⁷, pudiendo describirse la cárcel como “un repositorio de los enfermos mentales graves”¹¹⁸. Esto se condice con algunos reportes de países en donde se informa, por ejemplo, que las cárceles norteamericanas poseen hasta 10 veces más personas con patología en salud mental que los hospitales psiquiátricos estatales¹¹⁹. Esto pone en manifiesto que la mayoría de las PPL tienen una patología psiquiátrica presente, ya sea antes, durante, o después de estar en la cárcel; viéndose favorecida por ésta para presentar o intensificar los síntomas. Relacionado a lo anterior, según el estudio EUPRIS 2007 en población de internos/as, se reporta que hasta un 12% de los reclusos presenta necesidad de tratamiento especializado por un psiquiatra¹²⁰.

Más y más cifras describen la precaria situación de salud mental de las PPL. A nivel ya local, en Chile, desde el año 2011 al 2014, de 274 internos/as encuestados/as un 30,7% afirma recibir atención psiquiátrica y un 39,4% afirma haber recibido atención psicológica. Desde el 2013 al 2017, un 3,3% de los internos/as refirió sentir depresión o síntomas de ansiedad¹²¹. En un estudio del 2010 de la Universidad de Chile, con un N = 1008 personas imputadas, procesadas, o condenadas de siete cárceles, en las regiones V y Metropolitana, se cita: *“Según los resultados un 26,8 % de los encuestados presentó algún tipo de trastorno mental en los últimos 12 meses, siendo los más prevalentes los trastornos adictivos en un 12,6 %, los trastornos de ansiedad en un 8,3 %, y los trastornos afectivos en un 8,1 %. Al mismo tiempo, el estudio arrojó que los trastornos depresivos mayores eran significativamente más altos en hombres privados de libertad (6,1 %,) que en los pertenecientes a la población general (3,7 %,). Similar situación se repitió en el abuso de drogas ilícitas, el cual fue notoriamente mayor en hombres y mujeres privados de libertad (3,3 y 2,6 %, respectivamente) que en hombres y mujeres de la población general (0,6 y 0,1 %, respectivamente)”*¹²².

Sobre este tema, nuevamente se solicitaron datos a GENCHI por Ley de transparencia sobre un desglose de patologías de salud mental. No recibimos información.

Suicidio

El suicidio es un acto prevenible. A nivel global en cárceles, se describe que el riesgo de suicidio es hasta 10 veces más que la población general¹²³, mientras que se cree que un 33,5% de la población penitenciaria estaría en situación de riesgo suicida¹²⁴. Estas cifras deben alarmarnos, pero no nos sorprende dadas las condiciones de salud física y mental descritas in extenso a lo largo de este escrito.

Sobre las muertes debidas específicamente a suicidio, se sabe que de un total de 670 muertes en recintos penitenciarios en Chile desde el año 2013 al 2017, un 11,8% corresponden a por suicidio consumado¹²⁵. Un estudio chileno realizó un análisis de 132 suicidios (de un total de 162) consumados por prisioneros en cárceles chilenas durante los años 2006 a 2015, reportando que *“97,7% de los suicidios ocurrieron en*

¹¹⁷ Varela *et al.*, 2007.

¹¹⁸ Teplin, 1990.

¹¹⁹ Zábala, 2016.

¹²⁰ Salize *et al.*, 2007.

¹²¹ LEASUR 2018.

¹²² UChile noticias, 2015.

¹²³ Prince *et al.*, 2007; Preti & Cascio, 2006.

¹²⁴ Saavedra & López, 2015.

¹²⁵ LEASUR 2018.

hombres de todas las edades (de 16 a 74 años); dos terceras partes (66,7%) sucedieron en personas con ingresos previos a prisión, aunque la mayoría no tenían antecedentes penales ni condenas anteriores (97,7%). Una mayoría (65,1%) ocurrieron durante el primer año de ingreso. El 73,5% eran solteros, 47% solo tenían estudios básicos, 84,8% no poseían un oficio estable. En 43,2% se reportó estado depresivo como desencadenante del suicidio, y el método más común fue ahorcamiento (97%).”¹²⁶

Dentro de la identificación de factores de riesgo de suicidio en cárceles podemos destacar:

- **Factores sociodemográficos:** ser hombre joven, con alto nivel socioeconómico e intento de suicidio previo al encarcelamiento;
- **Factores clínicos:** enfermedades mentales crónicas como depresión y desesperanza, trastornos de la personalidad como psicopatía y trastorno de personalidad antisocial, consumo de sustancias, discapacidad intelectual;
- **Factores orgánicos y ambientales:** enfermedades crónicas e infecciosas (VIH), estresores institucionales como hacinamiento, recluso solo, etc.¹²⁷

Al respecto, LEASUR solicitó información a GENCHI sobre suicidios en cárceles chilenas a través de la Ley de transparencia. No recibimos información.

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias y el uso problemático de éstas incluye variadas sustancias lícitas o ilícitas, adquiridas y consumidas por diferentes vías de administración. Muchas de ellas pueden generar adicción, y cuando se dejan abruptamente de consumir, pueden producir síndrome de abstinencia o síndrome de dependencia. Dentro de las sustancias más comunes destacan el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, la heroína, las benzodiacepinas, etc.

El consumo de sustancias en la población penitenciaria es hasta 6 veces más prevalente que en la población general¹²⁸. En los países bajos, un estudio demostró que hasta un 30% de los reclusos tendría un uso problemático de sustancias con dependencia¹²⁹.

En EE. UU, se describe que del total de prisioneros, un 39,1 a 43,2% reporta haber consumido sustancias al menos alguna vez en su vida, un 38,4 a 44,6% informa tener uso problemático de alcohol, un 37,8 a 44,3% reconoce dependencia a otras sustancias y un 37,8 a 42,9% reporta haber consumido sustancias al menos 1 mes antes del arresto¹³⁰.

En Chile, según el Estudio I- ADAM-2012 del Observatorio Chileno de Drogas y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), se constató que un 63,4% de las personas mayores de edad detenidas en flagrancia por delitos de mayor connotación social en la Región Metropolitana muestran al menos 1 sustancia presente en test de orina ¹³¹. En otro estudio chileno del año

¹²⁶ Ceballos *et al.*, 2016.

¹²⁷ Anju Gupta & Girdhar, 2012.

¹²⁸ Abram *et al.*, 2015.

¹²⁹ Bulten *et al.*, 2009.

¹³⁰ Maruschak, 2012.

¹³¹ SENDA, 2012.

2013, se describe que un 12,2% de la población penitenciaria presentaría consumo de sustancias, además de 8,3% ansiedad, 8,1% depresión y un 0,8% psicosis no afectiva. Estos porcentajes son superiores a los de la población general, en donde se estima un 3,7% de uso y abuso de sustancias y un 6,1% de depresión¹³².

Por Ley de Transparencia, LEASUR solicitó a GENCHI, datos sobre desglose de salud mental y uso problemático de sustancias, en personas de cárceles chilenas al año 2020. No recibimos información.

Violencia, agresión, traumatismos

Los tipos de violencia, agresión o traumas físicos o mentales a los que son sometidos los reclusos pueden incluir, a modo descriptivo: violencia física, psicológica, discriminación étnica o racial o religiosa o sexual, agresión sexual, autoflagelación, suicidio, ser observador de violencia, tortura y homicidio; por nombrar algunos.

La violencia es una situación de difícil manejo, puesto que se rodea de silencio y es poco reportada. Esto, por las consecuencias que tiene para el victimario y para la propia víctima el haber reportado la situación. Los castigos como consecuencia de reportarlo. La violencia se ve propiciada por el hacinamiento, encierro, ocio y contaminación criminal, etc., lo que aumenta las probabilidades de causar conflicto y violencia en el contexto carcelario¹³³.

En el mundo, sobre violencia en cárceles se sabe que anualmente un 25% de las PPL son víctimas de violencia, de ellos, hasta el 5% sufre violencia sexual, y un 2% violación. Estadísticas de EE. UU. refieren que las tasas de agresión física en hombres son 18 veces mayores que la población general, y 27 veces mayor en el caso de las mujeres¹³⁴. Dicho de otra forma, la violencia está presente en las cárceles, siendo 1 de cada 4 personas víctima de algún tipo de violencia.

En EE. UU., el año 2014 se reportó que un 28 a 33% refiere haber tenido alguna lesión desde su ingreso a la cárcel, siendo un 22,3 a un 22,9 % producto de accidentes y un 8,3 a un 15,9% por una pelea. Los hombres reportan un total de lesiones de 33,2 %, y las mujeres un 24,7%¹³⁵

Al parecer de estos antecedentes, los recintos de reclusión masculina presentan mayor violencia.

En Chile, en un estudio observacional del año 2020, que se hizo sobre las lesiones físicas traumáticas producidas en 2 centros de detención penitenciario, destacaron las lesiones producidas en tórax y en abdomen, siendo el neumotórax el diagnóstico más frecuente. (heridas graves). En el mismo texto, se indica que al año 1998, las lesiones traumáticas eran la tercera causa de muerte intrapenitenciaria en Chile, y al año 2006 serían la primera causa de muerte las riñas o agresiones¹³⁶. Existe violencia entonces en las cárceles chilenas. Esta situación también es una experiencia que se puede prever.

Siguiendo la misma línea. En un estudio de condiciones carcelarias del INDH correspondientes al año 2016-2017, destaca como otro tipo de violencia, la violencia ejercida por personas del Estado sobre las personas recluidas, atentando a los derechos humanos con malos tratos, violencia física, verbal y psicológica. En este

¹³² Mundt *et al.*, 2013.

¹³³ Dammert y Zúñiga, 2008.

¹³⁴ WHO, 2020.

¹³⁵ Maruschak, 2012.

¹³⁶ Valenzuela *et al.*, 2020.

estudio se describen estos casos con testimonios de los internos/as, pero los tipos de violencia no aparecen identificados o desglosados o enumerados estadísticamente para análisis cuantitativo. A nivel latinoamericano, llama la atención la falta de datos y transparencia en este sentido, sobre todo lo que tiene relación con riñas entre internos/as, linchamientos a sentenciados por abuso sexual, violencia de Estado, etc.¹³⁷. Probablemente la carencia de información se relacione a la falta de reporte y el halo de silencio con el que se protegen este tipo de situaciones de medidas correctoras.

La violencia puede ser causa y consecuencia de estados mentales de alto riesgo para desarrollar cuadros graves. En contexto de cárcel, la deplorable salud mental y la constante violencia hacen sinergia y se retroalimentan negativamente, lo que, sin manejo adecuado, puede generar un deterioro global en la calidad de vida y la funcionalidad vital de la persona y de los vínculos y relaciones sociales establecidas a nivel intrapenitenciario.

LEASUR solicitó a GENCHI datos sobre violencia en PPL, a través de la Ley de Transparencia. No recibimos información.

Salud y derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos se definen como aquellos que garantizan que toda persona pueda ejercer plenamente su sexualidad, entendida como fuente de desarrollo personal, y pueda de manera autónoma decidir sobre la sexualidad y reproducción, contando para ello con la información, los medios y servicios que así lo permitan¹³⁸.

Brindar estos derechos en el contexto del encierro, hacinamiento y condiciones carcelarias, es un desafío para la salud sexual y reproductiva. La garantía de los derechos a la sexualidad, reproductivos y a la intimidad, implica asegurar a las PPL las atenciones de salud sexual y reproductiva; sin embargo, esto se ve restringido en la práctica, puesto que queda relegado a la reglamentación de GENCHI, sin el total aseguramiento ni garantía de acceso a atenciones de salud sexual y reproductiva.

Si bien en los artículos 6° y 19 del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios se hace mención a la garantía de la intimidad personal y a condiciones adecuadas para cuidados y tratamientos de pre y post natal, respectivamente, en lo operativo no se describen protocolos de prácticas intrapenitenciarias concretas que aseguren estos derechos de forma constante, continua y regular. En la práctica, conocidos son los camaros o venusterios, en donde se disponen carpas artesanales instaladas por los internos/as para generar espacios de intimidad.

Salud sexual y reproductiva

Como se menciona en el documento de Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva¹³⁹, en referencia a lo definido por OMS, la salud sexual *“es un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar”*, entendida como un derecho al declarar que *“... Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”*¹⁴⁰.

¹³⁷ Dammert y Zúñiga, 2008.

¹³⁸ Humanas, 2016.

¹³⁹ MINSAL, 2018.

¹⁴⁰ WAS/OMS, 2002.

A la vez, se hace mención a la definición de salud reproductiva como “...un estado general de bienestar físico, mental y social... en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos...la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia...”¹⁴¹.

Los derechos a la salud sexual y reproductiva en los contextos carcelarios, también implican el reconocimiento de las PPL en su condición de sujetos de derecho.

En Chile, la sexualidad de las PPL está limitada en su ejercicio a espacios de privacidad e intimidad, con un acceso que debe ser autorizado por Gendarmería de Chile. Estos espacios de privacidad e intimidad están determinados por los horarios de visita familiar en “camaros” o “venusterios”, donde se produce un encuentro tanto comunicacional y afectivo como sexual, lo que debiese estar protegido y garantizado por circunstancias que protejan la seguridad, higiene, privacidad y dignidad de la persona privada de libertad.

Al respecto, en el estudio acerca de las condiciones carcelarias elaborado el año 2018 por el INDH en el marco de diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de Derechos Humanos en la privación de libertad, se hace mención a las dependencias en cárceles para las visitas íntimas. De las 36 unidades penales que contempla este estudio, 4 de éstas no contaban con habitaciones destinadas a las visitas íntimas, mientras que en otras 14 existía sólo una dependencia para estas visitas. Según estadísticas de GENCHI, se informa que 32 unidades penales tenían al menos una habitación destinada a visitas íntimas, lo que no concuerda con lo observado en el recorrido por las unidades penales que fueron parte de este estudio.

Sobre el establecimiento de programas de visitas íntimas, acceso y existencia de dependencia para este fin, se observó que en algunas de las unidades penales que no contaban con estos programas tampoco existían habitaciones para visitas íntimas, en otras se resuelve con la instalación de “camaros” durante las visitas regulares, o con la utilización de las mismas celdas para tal efecto. En un recinto carcelario donde existía un espacio exclusivo habilitado para visitas íntimas (dos habitaciones), estas habitaciones se encuentran al lado de la sala de visitas y en frente de la guardia interna, no resguardando la privacidad en el acceso a estos espacios.

En cuanto a la posibilidad de acceder a visitas íntimas, se permite postular y acceder a estos programas a parejas del mismo sexo. Tanto para personas condenadas como imputadas existen requisitos de postulación relacionados con contar buena conducta, participar de una entrevista con una persona encargada de estos programas, tener pareja estable por más de seis meses o bien estar casados o con hijo/a, y presentar exámenes preventivos. En algunas unidades penales para personas imputadas se requieren otros requisitos, como presentar un informe al tribunal, conducta y revisión del caso, y en una unidad penal que fue parte del estudio, se informó que los imputados no pueden acceder al programa.

Respecto de la situación de salud reproductiva en cárceles, se focaliza en las mujeres, y se describe en relación a las atenciones en salud necesarias y que deben ser proporcionadas por las instituciones penitenciarias.

En el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, el artículo 19 menciona que en los recintos carcelarios destinados a la atención de mujeres “...existirán dependencias que contarán con espacios y condiciones

¹⁴¹ OMS, 2003.

adecuados para el cuidado y tratamiento pre y post-natal, así como para la atención de hijos lactantes de las internas”.

Nada se describe en cuanto a programas de salud, al tipo de atenciones de salud prenatal y postnatal, o al acceso a información comprensible sobre cuidados durante el embarazo y el parto. En el informe presentado por el INDH el 2018, se menciona que de las 36 unidades penales que fueron parte de este estudio, sólo 3 cárceles contaban con matronas contratadas por Gendarmería.

En relación a la situación penitenciaria actual de mujeres privadas de libertad embarazadas y que vivan con sus hijos e hijas en los recintos carcelarios, se describe en mayor profundidad en el apartado Población Carcelaria Femenina.

Enfermedades de transmisión sexual

En relación a las relaciones sexuales de alto riesgo, un 11% de los prisioneros refiere haberlas tenido en los últimos 6 meses en una cárcel chilena¹⁴². Datos del año 2007, sitúan las enfermedades de transmisión sexual en cárceles chilenas con una prevalencia de 0,4% en mujeres y 0,3% en hombres. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, se establece que las ETS (enfermedades de transmisión sexual) ocuparían el 10% de relación porcentual en la población penal con problemas de salud¹⁴³.

Sobre las medidas preventivas en relación a la detección del VIH, en Chile existe el Decreto N° 927 de 2015, en que se aprobó el reglamento para el examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en PPL¹⁴⁴. Dentro de los lineamientos políticos en el área de salud sexual y reproductiva, en Chile cabe destacar la consideración de las PPL como un grupo de riesgo o en situaciones vulnerable frente a la salud sexual, ya sea por discriminación o aumento de riesgo en ese contexto¹⁴⁵.

En el informe elaborado por el INDH el año 2018 sobre las condiciones carcelarias en atención a estándares internacionales de Derechos Humanos, se hace referencia a las atenciones de salud de las 257 personas que en esa época tenían un diagnóstico de VIH positivo, informando que dichas atenciones se declaran como insuficientes, dada las bajas horas de atención médica disponibles para toda la población penal incluidas quienes cuentan con este diagnóstico.

Dinámicas sexuales intracarcelarias

Las agresiones sexuales, tales como abuso sexual, violación, explotación sexual, y sometimiento, son altamente reportadas en las cárceles. Un artículo del año 2003, en donde se exploró la coerción sexual en cárcel de mujeres en 245 reclusas, refiere que un 4% de ellas fue coercionada por otra persona, y un 2% que refiere haber coercionado sexualmente a alguien más¹⁴⁶. Otro artículo del mismo año, pero en prisión de hombres, evidencia que en una muestra de 174 reclusos, un 14% ha sufrido una agresión sexual en un año¹⁴⁷. El trauma de la agresión sexual de una persona presenta un alto impacto en la historia de vida, con

¹⁴² Osses & Riquelme, 2013.

¹⁴³ Dammert y Zúñiga, 2008.

¹⁴⁴ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2015.

¹⁴⁵ MINSAL, 2018.

¹⁴⁶ Hensley *et al.*, 2003.

¹⁴⁷ Ibid.

complejas consecuencias médicas, físicas, psicológicas y sociales que deben manejarse cuidadosamente de manera interdisciplinaria¹⁴⁸. Esto debe tenerse presente al momento de la atención en salud psicosexual.

Si bien existe escasa literatura científica sobre esta temática, cabe destacar que desde enfoques de teoría de género, teoría queer, feminismo, entre otros, se está estudiando la dinámica sexual dentro de la cárcel, sus jerarquías y roles sexuales en materia conductual, así como sus cambios respecto a la población general¹⁴⁹. Del mismo modo, se ha observado que la privación de relaciones heterosexuales es un factor que influye en el aumento de la masturbación, sexo homosexual consentido y sexo homosexual no consentido o coercionado¹⁵⁰.

Grupos de especial interés

Dentro de la población penitenciaria se pueden caracterizar algunos grupos de mayor riesgo en salud, como por ejemplo: personas privadas de libertad con necesidades especiales o en situación de discapacidad, mujeres, embarazadas, personas mayores, disidencias sexuales, pueblos indígenas, presos políticos, quienes presentarán una mayor demanda en atención en salud.

A grandes rasgos se describirán algunas apreciaciones a considerar en estos grupos de interés en salud, profundizando en un apartado para la población femenina.

Con relación a la discapacidad, se requerirá de infraestructura con acceso universal para la persona en situación de discapacidad. Esto debe ser considerado al momento de proyectar las instalaciones estructurales, tanto como la asistencia en ciertas actividades básicas o complejas de la vida diaria. Éstas deben contar con atención de salud especializada y capacitada; incluso para comunicarse de otras formas, como, por ejemplo, en lengua de señas. Por lo demás, requerirán apoyo y seguimiento en salud, de su situación específica de discapacidad.

Las disidencias sexuales tienen tasas de suicidio aumentadas a la población general, además dentro de una cárcel pueden ser víctimas de discriminación y actos de odio y violencia, por tanto, se debe tener en cuenta los requerimientos de salud mental que esta población podría necesitar. A medida que se envejece demográficamente, o se envejece dentro de las cárceles, las personas mayores desarrollarán más síndromes geriátricos, volviéndose más frágiles y tendrán mayores necesidades de asistencia, cuidados en salud, y seguimiento constante de patologías crónicas.

Los pueblos indígenas y presos políticos pueden ser víctimas de discriminación, actos de odio, violencia y persecución por parte del estado, y de distintos tipos de agresiones por parte de otros internos. Por tanto, desde la salud se debe considerar la promoción en salud y mitigar factores de riesgo asociado a exposición a riñas por medio de psicoeducación u otras formas de proteger la integridad física y psicológica de las personas. Está demás decir, que los pueblos indígenas deben ser atendidos en salud, comprendiendo, respetando e integrando su cosmovisión. Se sugieren enfoques en salud mental, como la etnopsiquiatría, psiquiatría comunitaria y psiquiatría forense.

¹⁴⁸ Dumond, 2000.

¹⁴⁹ Hensley *et al.*, 2003.

¹⁵⁰ Hensley, 2002.

Población carcelaria femenina

En el mundo, se estima que un 5 a 10% de la población carcelaria femenina puede estar embarazada, y el 90% de ellas dará a luz en prisión¹⁵¹. Por tanto, son esenciales en el contexto carcelario el apoyo desde la concepción, los cuidados prenatales y post natales, entendiendo el riesgo ambiental, la vulnerabilidad a violencia obstétrica, discriminación, y los factores estresantes que pueden afectar a la díada madre-hijo, tanto en el embarazo como en el parto mismo¹⁵². Revisiones científicas sugieren que la calidad asistencial a las mujeres embarazadas en prisión es escasa y debería reforzarse¹⁵³.

En Chile, en el diagnóstico de las condiciones carcelarias de las mujeres privadas de libertad con hijos/as al interior de las cárceles y de las mujeres embarazadas, se las describe como un grupo en situación de vulnerabilidad atendiendo a una condición especial en lo referido a la situación de privación de libertad¹⁵⁴.

Respecto de la población carcelaria femenina en Chile, el estudio realizado por el INDH sobre Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2016 - 2017, éste menciona y caracteriza las atenciones de salud sexual y reproductiva en un establecimiento penal femenino, informando que éstas son realizadas por dos matronas y un ginecólogo/a, quien asiste dos veces a la semana, y cuyas atenciones se realizan en un box ginecológico que no cuenta con papel desechable en la silla de revisión, lo que representa la precariedad en estas atenciones de salud. Esta unidad penal provee de dispositivos anticonceptivos intrauterinos y/o orales a las mujeres que lo soliciten, al igual que se entregan condones periódicamente, y a las mujeres portadoras de VIH se les efectúan controles en el Hospital Barros Luco de Santiago, respetando la confidencialidad del diagnóstico.

En relación a los derechos de las mujeres privadas de libertad con hijos infantes o en lactancia, se puede deducir que la prisión preventiva y la condena privativa de libertad pueden afectar los derechos materno-filiales en la práctica, sobre todo si la mujer desconoce sus derechos. En algunos países, como Italia, Rusia y Kazajistán, se plantea la improcedencia de la prisión preventiva por causa de embarazo, existiendo una ejecución diferida o suspendida de la pena respecto de mujeres embarazadas o madres de niños pequeños. Algo parecido sucede en Argelia, Finlandia y Noruega, en donde se aplaza la pena de prisión en casos de embarazo¹⁵⁵, lactancia o maternidad reciente, o bien, se determina su reemplazo por otras medidas alternativas.

Al respecto, se declara dentro de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, la importancia de otorgar la atención médica especializada a las mujeres privadas de libertad, incluyendo instalaciones adecuadas para mujeres embarazadas y lactantes, y al Estado como el garante de los derechos fundamentales de las PPL.

En el ordenamiento jurídico chileno se reconoce el derecho de la mujer privada de libertad para criar a su hijo hasta los 2 años de edad, físicamente separada del resto de la población penal. En el Art. 19 del Decreto Supremo N° 518-1998 del Ministerio de Justicia, que establece el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, se menciona que los centros penitenciarios deben contar con un lugar adecuado para la

¹⁵¹ Bard *et al.*, 2016; Eliason & Arndt, 2004.

¹⁵² Baldwin *et al.*, 2020.

¹⁵³ Costa & Ferreira, 2018.

¹⁵⁴ INDH, 2018.

¹⁵⁵ Meza-Lopehandía, 2019.

mujer con cuidados pre y postnatales, así como para atender a sus hijos lactantes (secciones materno-infantiles). Estos espacios están regulados por la Ley N° 20.032, que establece el Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la Red de Colaboradores del SENAME y su Régimen de Subvención¹⁵⁶

Las mujeres madres pueden ser beneficiarias del programa Creciendo Juntos, parte del Subsistema de protección integral de la infancia Chile Crece Contigo, que fomenta el ejercicio de la maternidad y la crianza desde la salud. Desde ahí se puede tener acceso a Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial y Programa de Apoyo al Recién Nacido. Además, tendrán acceso al servicio público de salud en atención primaria y secundaria, ya sea durante los controles prenatales o postnatales o pediátricos (niño sano) en CESFAM.

Sobre los infantes y el cuidado y educación, GENCHI tiene convenios con la Junta Nacional de Jardines infantiles (JUNJI), por lo que los infantes pueden acceder a la red pública de salas cunas y educación preescolar. Existe también en Chile el Programa Abriendo Caminos de Apoyo a Niños, Niñas y Adolescentes con un Adulto Significativo Privado de Libertad, que se ejecuta desde el año 2012. Este programa es parte del Subsistema Seguridades y Oportunidades del Ministerio de Desarrollo Social, y beneficia a personas de 0 a 19 años, enfocándose en prestar ayuda y apoyar al principal cuidador y/o jefa de hogar que cuida al niño/a/e¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Lorca y Vial, 2020.

¹⁵⁷ Medina, 2017.

Tabla 7. Evolución de los programas de fomento a la maternidad e infancia en cárceles chilenas.

PROGRAMA	PERIODO	INSTITUCIÓN	EDAD PROTECCIÓN-LACTANTES	COBERTURA	BENEFICIOS
Programa de Albergue provisorio para lactantes	1998-2005	Subvención de SENAME en convenio con Gendarmería	0-2 años de edad	50 diadas madre e hijo a nivel nacional	Entrega de alimentación (fórmulas lácteas y alimentación complementaria acorde al desarrollo). Atención de salud en la red pública de lactantes y madres. Entrega de pañales. Participación madres oferta de reinserción laboral/educacional y psicosocial.
Programa de Residencias Transitorias	2005-2014	Subvención de SENAME en convenio con Gendarmería.	12 meses, excepcionalmente hasta los 18 meses	110 diadas madre-hijo	Los anteriores más el acceso a educación en la primera infancia: el 2008 Gendarmería firma convenio con Fundación INTEGRA para acceso de lactantes a oferta pública de educación preescolar en los recintos penales o en el medio libre.
Programa de Atención a mujeres embarazadas e hijos lactantes (PAMEHL)	201-2016	Gendarmería	24 meses	Sin número limitado de plazas. Mujeres ingresan al conocerse condición de embarazo o por derivación del ingreso del hijo menor de dos años por un tribunal de Familia o Garantía	Los anteriores más el acceso a transporte salidas de niños al medio libre (para atenciones de salud, o concurrencia a jardines infantiles de la red pública).
Primer componente del Programa Creciendo Juntos <i>**se incorpora el PAMEHL como parte del Programa Creciendo Juntos.</i>	2017	Gendarmería	24 meses	No hay un número limitado de plazas. Mujeres ingresan al programa al conocerse condición de embarazo o por derivación del ingreso del hijo menor de dos años por un tribunal de Familia o Garantía	Los anteriores más atención de salud para niños (pediatra con visita semanal en algunas cárceles femeninas). Entrega de útiles de aseo, pañales y elementos relacionados con la maternidad y crianza (set de vestuario para las mujeres para el parto, mamaderas, toallas húmedas).

Tabla 7: Evolución de programas de fomento a la maternidad en cárceles Chilenas¹⁵⁸. Tabla elaborada por Medina 2017, en base a información web de Gendarmería en 2016.

En el estudio elaborado por el INDH (2018), se menciona que, del total de unidades penales en el país, 38 cárceles cuentan con secciones de mujeres o que corresponden a unidades penales de mujeres, de las

¹⁵⁸ Ibid.

cuales 26 dispondrían de secciones materno infantiles en funcionamiento al año 2018. De las unidades penales que contempla este estudio (36 unidades), en el 61,1% existiría la capacidad por diseño para mujeres, y 14 de las 36 contarían con secciones materno-infantiles, lo que implicaría que no todos los establecimientos carcelarios cuentan ni con las condiciones estructurales ni con programas para la atención de las necesidades de habitabilidad, atenciones específicas y especializadas para el cuidado de las mujeres y sus hijos/as que se encuentren viviendo en estos recintos, ni para mujeres embarazadas. El que las unidades penales cuenten con este tipo de espacios y programas vigentes, respondería únicamente a la existencia de mujeres en dichas situaciones y no a una política penitenciaria orientada al resguardo de los derechos de estas mujeres y sus hijos/as en el caso de vivir con ellos. Esto explicaría que, al año 2018, no existieran en unidades penales equipos profesionales de la salud u otros que den atención exclusiva a las demandas específicas de estas mujeres (como médicos pediatras o educadoras de párvulos), ni de la existencia de jardines infantiles o salas cunas en funcionamiento.

Según el mismo estudio, al año 2018 había 60 mujeres embarazadas viviendo en 16 cárceles del total de unidades en el país, 112 mujeres viviendo con sus hijos o hijas y 115 niños o niñas viviendo al interior de 22 cárceles, principalmente en las regiones Metropolitana, de Tarapacá, de Antofagasta y del Biobío. Según lo informado por GENCHI, se proporciona alimentación para los hijos e hijas de mujeres reclusas que viven en cárceles junto a ellas, además de insumos de higiene personal y de limpieza en general.

V. SITUACIÓN DE SALUD PRE DELICTUAL

Si bien en sus comienzos los estudios sobre el vínculo entre el delito y los factores biológicos que se encuentran asociados a su ejercicio fueron cuestionados por razones políticas y morales (por involucrar factores eugenistas), desde fines del siglo pasado la criminología ha vuelto a preocuparse de los factores biológicos que explican las conductas delictuales, pero ahora dando importancia al contexto social del cual provienen muchos de las personas que cometen delitos¹⁵⁹.

En efecto, enfoques como el de salud pública o el de los factores contextuales del delito han prestado atención a diferentes dimensiones de la salud y el entorno biopsicosocial de las personas para entender qué factores pueden predecir el delito y, en función de esto, pensar políticas preventivas que se enfoquen en el nivel primario de prevención y no cuando el delito ya ha sido cometido (lo que busca evitar la reincidencia).

En este sentido, uno de los factores biológicos más importantes que se reconocen entre la literatura son las características neuropsicológicas, y cómo los problemas en su desarrollo se encuentran asociados a una mayor probabilidad de delinquir¹⁶⁰. Por esto, resulta relevante concentrarse en las etapas tempranas de la vida, para de esta manera evitar déficits en el desarrollo neuropsicológico¹⁶¹.

Un ejemplo de esto es la taxonomía desarrollada por Moffit¹⁶², quien mostró que hay una diferencia entre aquellos que tienen una etapa de la vida en la que delinquen (adolescence-limited offenders) y aquellos que desarrollan una trayectoria delictual persistente (life-course persistent offenders). La diferencia entre estos grupos, entre otras cosas, tiene que ver justamente con un bajo desarrollo neuropsicológico, y con contextos familiares complejos. Esto ha sido corroborado además por otros estudios en diferentes poblaciones.

Una de las razones para que se originen diferencias de desarrollo son las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo el embarazo y el desarrollo fetal del cerebro: consumo de cigarro durante el embarazo, mala alimentación, abuso de sustancias, entre otros factores¹⁶³ que por lo general se dan en la población más vulnerable. Por tanto, para Beaver et al, es fundamental concentrarse en esta etapa, de tal forma de poder evitar problemas en el desarrollo neuropsicológico.

Se entiende que la salud mental y física es un factor importante para entender el porqué del delito¹⁶⁴. Enfermedades como la esquizofrenia, rasgos de personalidad antisocial y la depresión se encuentran

¹⁵⁹ Rocque, Welsh y Raine, 2012.

¹⁶⁰ Beaver et al., 2010; Moffit, 1993; Raine et al., 2005, Rafter, 2008, entre otros.

¹⁶¹ Beaver et al, 2010.

¹⁶² Moffit, 1993.

¹⁶³ McGloin, Pratt & Piquero, 2006.

¹⁶⁴ Fink, 1962; Rafter, 2009.

asociados con su ejercicio¹⁶⁵. Sin embargo, es importante considerar que la evidencia ha mostrado que la relación entre la salud mental y el delito es compleja, por lo que no se puede asumir una relación lineal¹⁶⁶.

Asimismo, existe evidencia que soporta la relación entre aspectos nutricionales y una mayor probabilidad de delinquir. Bernard et al.¹⁶⁷ realizaron un estudio en donde la ingesta de suplementos vitamínicos, minerales y ácidos grasos esenciales disminuyeron el número de delitos entre quienes los consumieron. La conclusión a la que llegan los investigadores es que una mala dieta tiene efectos en la probabilidad de delinquir.

Por otro lado, Liu et al.¹⁶⁸ muestran que la malnutrición a una temprana edad (3 años) se encuentra asociada al desarrollo de actitudes antisociales y agresivas (para edades de 8, 11 y 17 años). Conductas que como ya se mencionó están vinculadas con el ejercicio delictual. Y, de nuevo, este tipo de circunstancias suelen darse en mayor proporción entre los sectores más vulnerables.

Respecto a las condiciones de salud pre delictuales y antecedentes familiares, Shelton¹⁶⁹ realizó una investigación en Estados Unidos, donde muestra que a pesar de que las personas que cometen delitos suelen autopercebirse con una buena salud física, los indicadores muestran una situación contraria para ellos y sus familias. En efecto, las familias de estas personas, provenientes de sectores de bajo nivel socioeconómico, luchan contra patrones de enfermedades físicas y mentales que se arrastran generacionalmente. Por lo general, se trata de casos de altos niveles de ansiedad y consumo problemático de sustancias. De ahí la importancia para la autora de desarrollar programas de prevención del delito que se enfoquen en las condiciones de salud de los jóvenes y sus familias.

De esta forma, pensar en las condiciones de salud pre delictual implica tomar en consideración una serie de factores, tanto individuales como contextuales de los individuos. La idea de esto sería poder identificar correctamente cuáles son los factores más importantes al momento de entender por qué las personas delinquen. Y si bien a la criminología le ha costado aceptar e incorporar el discurso médico¹⁷⁰, de a poco se ha entendido que es un aporte fundamental para comprender este tipo de fenómenos y desarrollar políticas que prevengan el delito¹⁷¹.

¹⁶⁵ DeCoster y Heimer, 2001; Fazel et al, 2009.

¹⁶⁶ Brennan et al., 2000.

¹⁶⁷ Bernard et al., 2002.

¹⁶⁸ Liu et al., 2004.

¹⁶⁹ Shelton, 2000.

¹⁷⁰ Beaver et al., 2010.

¹⁷¹ Rafter, 2008; Wright & Boisvert, 2015.

VI. SITUACIÓN DE SALUD POST PENITENCIARIA

Sobre la salud post penitenciaria hay pocos estudios científicos que describan el impacto aislado de la cárcel sobre la salud de las personas. En la búsqueda dirigida por “salud post penitenciaria” en diversas bases de datos, impresionan haber más estudios en relación a la mortalidad y el aumento de ésta durante prisión y luego de ser liberado.

En general, el impacto aislado de la cárcel sobre la salud de las personas tiende a ser difícil de esclarecer. Esto se explica puesto que la salud de una persona es el resultado de influencias multifactoriales varias. Dentro de los factores, el mismo perfil de la población penitenciaria (descrita en apartados anteriores in extenso), los factores de riesgo para el delito, el tener ya una patología orgánica o de salud mental (ambas o varias paralelas) que pueden reagudizarse o gatillarse dentro de prisión, la violencia, por mencionar algunos, son factores que tienden a confundir la estadística al momento de aislar la cárcel como único factor que impacte la salud una vez liberada la persona. Esto también por el impacto de la cárcel en sí misma sobre la calidad de vida de una persona. La cárcel implica, hasta este punto en la presente revisión de estado de salud penitenciaria: daño a la salud.

Mortalidad post liberación

Algunos estudios indican que la mortalidad post penitenciaria, es de mayor riesgo en comparación a la población o comunidad general. Un estudio australiano determinó que las mujeres tenían 17,8 veces más riesgo, y los hombres, 6,3 veces más de riesgo de muerte que la población general, una vez liberados¹⁷².

En cuanto a las causas de muerte post liberación, un estudio finlandés con seguimiento a 7 años post cárcel, determinó que de los liberados falleció el 13,2% de la muestra (5,2% por muerte natural, 4,1% por muerte accidental, y 2,0% por suicidio), mientras que la cifra correspondiente en el grupo de control fue sólo de 3,4% fallecidos¹⁷³.

Salud Mental post liberación

En la literatura científica, destacan ciertas particularidades que caracterizarían algunas situaciones post carcelarias en el área de la salud mental, como por ejemplo, el Síndrome de post encarcelamiento (Post incarceration syndrome or PICS). Éste se verá incrementado, en cuanto a la intensidad de los síntomas, en situaciones de encarcelamiento en solitario o liberados post experiencias de abuso institucional. Se describe como un síndrome con sintomatología desarrollada en diferentes áreas afectadas:

- Adquisición de rasgos de personalidad de una persona institucionalizada. Se describe un estado de indefensión aprendida, privaciones, sometimiento, obediencia, supresión de pensamiento crítico que podría poner en estado de riesgo su propia salud.
 - Rasgos de personalidad antisocial. Derivado y desarrollado conforme a la relación con la autoridad y sus compañeros, con exposición de tendencias pasivo-agresivas.
- Síndrome de deprivación socio sensorial: propiciado por periodos de aislamiento solitario.

¹⁷² Stewart *et al.*, 2004.

¹⁷³ Joukamaa, 1998.

- Trastorno de estrés post traumático. La cárcel es un factor estresante de largo plazo¹⁷⁴, que puede traer más estrés post liberación.
- Uso problemático de sustancias, como mecanismos para protegerse del dolor psicológico posterior¹⁷⁵.

En relación al tiempo de condena y el tipo de impacto e influencias negativas en el recluso, de la poca información encontrada, hay un estudio español, con una pequeña muestra de 20 personas varones, de ellos 10 reclusos y 10 de grupo control, se evaluó el impacto del tiempo de condena sobre la salud y la capacidad de autorregulación emocional, sin demostrar empeorarlas¹⁷⁶.

Salud y reincidencia post liberación

Sobre la reincidencia según calidad de salud, el año 2020 un estudio norteamericano (realizado con 871 personas), concluyó que, a largo plazo, una mejor salud *física* tanto en prisión como después de la liberación, se relaciona con una mayor probabilidad de reincidencia. En cambio, una mejor salud *mental* tanto en prisión como post liberación está relacionada con una disminución de la probabilidad de reincidencia¹⁷⁷.

Acceso a salud post liberación

El acceso a salud post liberación es un tema con poco estudio.

Según la literatura y la descripción sobre empleabilidad post penitenciaria, se puede deducir que el acceso a la salud estaría disminuido por desempleo¹⁷⁸ y sus consecuencias, terminando en precariedad económica; y consecuentemente, en una insatisfacción de necesidades básicas diarias, tales como dificultad de acceso a comida, abrigo y hogar¹⁷⁹, rehacer familia¹⁸⁰ cuidados en salud¹⁸¹, etc.

Una peor salud física o mental, a su vez, podría generar consecuencias negativas en la probabilidad de conseguir empleo, formar familia, estabilidad emocional o económica, vida social, etc., retroalimentando negativamente otras áreas de la vida, que dificultan la reintegración final de la persona a la sociedad.

Si pensamos que también existe el acceso a salud por otros sistemas de atención pagados, el acceso a salud estaría limitado según la capacidad económica del usuario, y por tanto el acceso a especialidades en el área de salud mental (psiquiatría, psicología, y sesiones continuas crónicas) se vería reducida por el costo del valor de la atención, entendiéndose que la persona necesita más horas continuas de atención para supervisión y seguimiento.

En Chile, en cuanto a protección social, el acceso a salud sería posible vía FONASA, con atención primaria en salud y derivación a centros de mayor complejidad, y vía GES. FONASA viene a intentar asegurar el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en salud.

¹⁷⁴ Fahmy & Wallace, 2019; Turney *et al.*, 2012.

¹⁷⁵ Vertava Health, 2020.

¹⁷⁶ Bascon *et al.*, 2016.

¹⁷⁷ Wallace & Wang, 2020.

¹⁷⁸ Uggen & Sataff, 2001.

¹⁷⁹ Clark, 2016.

¹⁸⁰ Nasre & La Vigne, 2006.

¹⁸¹ Schnittker, 2014; Wallace & Papachristos, 2014.

VII. DISCUSIÓN: LA CÁRCEL COMO FACTOR PROTECTOR O FACTOR DE RIESGO

Factores de riesgo

Según los antecedentes expuestos, la cárcel en sí misma sitúa a la persona en un contexto de riesgo para su salud, por lo que puede considerarse a sí misma como un factor de riesgo de morbilidad, tanto en su estadía dentro como también a posteriori.

La literatura describe que las PPL tendrán una falta en diagnósticos a tiempo oportuno de detección temprana, una poca o mala calidad de atención médica, fallas en el seguimiento o continuidad de tratamiento, poco acceso a medicamentos, entre otros factores que ponen en riesgo su salud.

Lo anterior, sumado a la violencia, consumo de sustancia, sedentarismo, hacinamiento y malas condiciones de higiene y ventilación, provocarán un impacto negativo en la vida de las personas que tienen derecho a mantenerse con vida¹⁸².

La persona privada de libertad no pierde su derecho a la salud. Según las cifras detalladas anteriormente, la cárcel estaría en sí misma -conceptualmente y de hecho-, vulnerando ese derecho. Desde este punto de vista, concluimos que la cárcel si es un factor de riesgo biopsicosocial.

Factores protectores

La cárcel podría ser, en algunos casos, la primera aproximación de las PPL con el sistema de salud, el primer contacto con el equipo de salud y, por tanto, la primera pesquisa de enfermedades y oportunidad a tratamiento. Es decir, puede ser una puerta de oportunidad al acceso, al menos, al sistema de atención primaria de salud y eso podría ser beneficioso para quien, previo a estar preso, no tenía oportunidad o acceso a salud (situaciones precarias como por ejemplo, por ruralidad, lejanía al centro más cercano, falta de recursos económico para transporte, desconocimiento, analfabetismo, etc.).

Cuando funciona, el sistema de salud adosado al sistema penitenciario podría brindar diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las enfermedades que causan más mortalidad, entre ellas enfermedades cardiovasculares, tratamiento antirretroviral para VIH, tuberculosis, atención en salud mental para manejo de riesgo suicida, uso problemático de sustancias, etc.¹⁸³

La cárcel efectivamente podría verse como una oportunidad de intervenir positivamente en la vida de los reclusos. Sin embargo, actualmente y a nivel mundial, la cárcel está muy lejos de constituirse en un factor protector en términos de salud. Aún no existen las condiciones en Chile. Si contáramos con condiciones ideales de espacio, higiene, oportunidad, acceso y calidad en la atención en salud, prevención y promoción en salud; pudiese reformarse y proyectarse la cárcel, para ser una oportunidad o espacio en la vida de una persona, para poder rehabilitarse y reintegrarse socialmente. En suma, los profesionales de la salud debieran considerar ocupar el tiempo dentro, no sólo para tratamiento de salvataje, sino que también para aspirar a tener una mejor situación en salud biopsicosocial y espiritual de los reclusos. Lo anterior parece imposible e idílico si no se adquiere una política de Estado que proteja a estas personas en situación de

¹⁸² Pinzón & Meza, 2019.

¹⁸³ Sánchez, 2012.

vulnerabilidad en salud. Se hace urgente, proponer e implementar políticas públicas sobre salud penitenciaria.

Afortunadamente, ya se han intentado aterrizar algunas ideas, como es el caso de Argentina con su modelo nacional de Programa de Cárceles Saludables, en donde se fortalecen medidas de educación sobre promoción y prevención en salud, además de vigilancia epidemiológica. Citamos de su manual técnico *“Visión: Los organismos participantes reconocen que las personas que viven y trabajan en las prisiones tienen derecho a hacerlo en un entorno saludable. Principio básico: Debe desarrollarse en las unidades penales un entorno saludable que contemple los derechos humanos, éticos y legales de los internos alojados y del personal del servicio penitenciario.”*

Bajo esta perspectiva, la cárcel podría pensarse y replantearse como una oportunidad de cambio y buscar ser un factor protector en salud biopsicosocial, con impacto positivo en la rehabilitación y reinserción social de las personas.

VIII. SALUD PENITENCIARIA DESDE UN ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Definición y caracterización de enfoque de determinación social de la salud

El concepto de “determinación social de la salud” se define como una categorización cuyo propósito es explicar que la salud y la enfermedad son hechos que no se basan exclusivamente en la biología, sino que tienen asociado a ellas un considerable componente social. Uno de los pioneros en abordar el factor social en la salud fue Rudolph Virchow (1821-1902), en una época donde el unicasalismo —es decir, basar el origen de la enfermedad únicamente en factores biológicos— era una verdad absoluta, señalando que *“la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”*. Ya en el siglo XIX, se hicieron más notorios los vínculos entre salud y sociedad debido a las dinámicas de urbanización, movilidad y crecimiento de las clases trabajadoras que se produjeron gracias al apogeo de la revolución industrial, con lo cual la llamada “medicina social” fue cobrando cada vez mayor importancia¹⁸⁴. La determinación social de la salud, por lo tanto, define que la salud y la enfermedad son fenómenos tanto biológicos como sociales, por lo que se hace vital entender a cabalidad las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas para poder comprender las condiciones de salud de las poblaciones¹⁸⁵.

En este contexto, es posible hablar del concepto de “expresión biológica de la desigualdad”, el cual se refiere a cómo las personas incorporan y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades sociales en una amplia gama de aspectos de la salud¹⁸⁶. Por ejemplo, expresiones biológicas de pobreza y de diversos tipos de discriminación, como los basados en la raza/etnia, el género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. Es bajo estas expresiones biológicas de desigualdad que se observa que la esperanza de vida de las personas puede variar de manera importante según país, o incluso según comuna dentro de una misma región¹⁸⁷. Que estas expresiones biológicas de la desigualdad social se interpreten como la expresión de características innatas o impuestas, individuales o sociales, depende en parte de las mismas desigualdades sociales que modelan la salud de la población. El concepto de “expresión biológica de la desigualdad social” contrasta así con las formulaciones deterministas biológicas que tratan de explicar las desigualdades sociales en el campo de la salud a través de procesos y rasgos biológicos utilizados tautológicamente para definir la pertenencia a los grupos subordinados o dominantes (por ejemplo, el color de la piel o el sexo biológico).

El informe elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS en 2008, le dio mayor notoriedad a este tema. Dicho informe señala que *“la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las*

¹⁸⁴ Morales, 2013.

¹⁸⁵ Eslava, 2017.

¹⁸⁶ Krieger, 2001.

¹⁸⁷ Herrera, 2019.

consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país»¹⁸⁸. El informe explica la importancia de destacar los determinantes sociales de la salud, debido a que estos repercuten directamente en la salud, permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructuran los comportamientos relacionados con la salud, e interactúan mutuamente en la generación de salud. Se definen tres principios de acción para contrarrestar la situación descrita¹⁸⁹:

- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Bajo el enfoque de los “determinantes sociales de la salud” del informe de la OMS, la sociedad y las formas de organización social inciden en la salud y bienestar de las personas y poblaciones. Si bien se observa la proyección de una crítica social en dicho informe, diversos autores señalan que el enfoque de “determinantes sociales de la salud” va por un carril distinto al de “determinación social de la salud”: esta última va mucho más allá del análisis de factores de riesgo y estilos de vida. Requiere el estudio del contexto social en el cual se produce socialmente la salud y la enfermedad. Al respecto, Breihl¹⁹⁰ se refiere al informe de la OMS como “un paradigma de transición crítica por que se abre a lo estructural, rompiendo el cerco de la visión más restrictiva de la epidemiología convencional, sin que represente un cambio de paradigma, en tanto convierte las estructuras sociales en variables y no en categorías de análisis del movimiento histórico de la acumulación”. Así, el enfoque de “determinantes sociales” no critica directamente la organización social de la sociedad de mercado ni sus consecuencias en la salud, ni tampoco analiza el proceso radical de acumulación económica y exclusión social como eje de una reproducción ampliada de la inequidad social. “Escogen la vía causal deificando categorías analíticas en factores o causas estructurales, que aparecen como abstracciones sonoras pero vaciadas de contenido crítico y de movimiento: determinantes estructurales de inequidades (gobernanza, políticas, cultura) y unos determinantes intermedios (circunstancias materiales, conductas y factores biológicos)”¹⁹¹. La inequidad social desde la determinación social de la salud es entendida como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación, las que enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital. En esta situación se genera una matriz de “triple inequidad”: inequidad de género, de etnia y de clase social¹⁹². Esta matriz se

¹⁸⁸ OMS, 2008.

¹⁸⁹ OMS, 2008.

¹⁹⁰ Breihl, 2013.

¹⁹¹ Ibid.

¹⁹² Morales, 2013.

genera a partir de las formas de producción capitalista y es responsable de las inequidades sociales y sanitarias. Con esto es claro que la determinación social de la salud tiene un componente ético político fundamental que va mucho más allá de un análisis de factores de riesgo.

La participación de la cárcel en modelo de determinantes sociales: determinantes y condicionantes

No es difícil pensar en que la cárcel se configura como un importante determinante social en la salud. El presente informe ha reseñado ya las difíciles condiciones sanitarias y de habitabilidad que deben enfrentar las PPL, lo cual redundará en su salud y en las posibles enfermedades que pueden contraer en el corto, mediano y largo plazo. Awofeso¹⁹³ afirma que la prisión en sí misma constituye un determinante social de la salud, ya que las cárceles aumentan las desigualdades en materia de salud entre las personas en contacto con el sistema de justicia penal y la comunidad en general. Así, la cárcel no se configura como un determinante en la salud de los presos/as, exclusivamente, sino que como determinante en la salud de la sociedad en general. Se sabe que, tarde o temprano, las PPL volverán al exterior. Por lo tanto, es posible que cualquier enfermedad que se haya contraído en el período de reclusión pueda ser transmitida a personas pertenecientes a las comunidades del exterior. Por otra parte, asegurar una buena salud a quienes están privados de libertad puede ser un primer paso de justicia social, a sabiendas de que gran parte de quienes han llegado a la cárcel provienen de condiciones socioeconómicas deficientes¹⁹⁴. Estas deberían ser razones poderosas para que la población en general se interesara por el cuidado de las condiciones de salud de quienes están privados de libertad. Pero la realidad es que se configura un círculo vicioso que termina impactando la realidad sanitaria de las PPL y de la sociedad en general, el cual es descrito por Awofeso (2010): concentración, amplificación, deterioro, diseminación o sobrecarga, y morbilidad/mortalidad post-liberación.

- **Concentración:** las cárceles funcionan como un punto de concentración de personas poco saludables, en buena parte debido a que hay un nexo entre hábitos dañinos para la salud, como la drogadicción, con conductas delictivas que llevan a la cárcel. A modo de ejemplo, en Australia se detectó a partir de una encuesta que de 740 nuevos ingresos consecutivos a la prisión, el 35% dio positivo a un test de anticuerpos contra la Hepatitis C.
- **Amplificación:** las condiciones de habitabilidad y la existencia de una cultura carcelaria que normaliza costumbres nocivas para la salud, tales como el tabaco, drogas diversas o la violencia constante, terminan amplificando un ambiente adverso para la buena salud de las PPL. En condiciones de hacinamiento, es altamente probable que existan brotes importantes de enfermedades contagiosas. Baste ver el peligro que se preveía frente al inicio de la pandemia por COVID-19 en las cárceles chilenas: se sabía que si había un contagiado dentro de una cárcel, el hacinamiento iba a provocar un veloz aumento en el número de internos/as contagiados/as. Asimismo, el concepto de amplificación se hace visible en los internos/as al salir de prisión: muchos/as salen en libertad menos saludables que cuando ingresaron, tanto física como mentalmente, dado que la experiencia de cárcel amplificó todos sus problemas de salud: salud mental, nutrición, enfermedades infecciosas, etc.
- **Diseminación o sobrecarga:** una persona que sale en libertad con una enfermedad infecciosa se convierte en un potencial vector de contagio al volver a la comunidad en el exterior. Asimismo,

¹⁹³ Awofeso, 2010.

¹⁹⁴ WHO, 2014.

esto redundando en una sobrecarga en la demanda por atención en el sistema de salud tanto de la PPL que vuelve a la comunidad, como de su entorno que puede haber contraído una enfermedad proveniente de la cárcel.

- **Morbilidad/mortalidad post-liberación:** La mortalidad tras salir de prisión es un gran determinante, dado que se ha reportado, por una parte, que existe un alto riesgo de suicidio después de salir de prisión¹⁹⁵; y por otro lado, el deterioro de la salud de los internos/as al estar recluidos redundando en un mayor riesgo de muerte estando ya en libertad. Este mismo deterioro en su salud es determinante en la morbilidad post-liberación, junto con las consecuencias del estigma de haber estado en la cárcel, tales como las oportunidades limitadas para trabajar, pérdida de vinculación con personas en el exterior, o un acceso difícil a una atención de calidad en el sistema de salud. Tras su liberación, las y los presos se enfrentan a problemas con la vivienda, el desempleo, el estigma social, la negligencia y una actitud cautelosa por parte de la sociedad civil. Estos factores son los que se conjugan para perpetuar el círculo vicioso, dado que facilita la reincidencia de muchos debido a un insuficiente apoyo social que prevenga la recaída en las adicciones o en las conductas delictivas. Un ex interno/a que tenga además una enfermedad infecciosa, carga con un doble estigma muy difícil de soportar¹⁹⁶.

Condiciones carcelarias: relación entre condiciones y situación de salud. Violencia y salud mental. Hacinamiento y salud.

En el presente informe se ha revisado parte importante de las preocupantes condiciones de habitabilidad que afectan a las cárceles en general. Las horas de encierro, la mala alimentación, la falta de agua potable y/o caliente, la violencia en el trato, entre otros factores, son determinantes que afectan la salud física y mental de los internos/as. Este contexto genera una serie de consecuencias físicas y psicosociales en las PPL, a saber:

Consecuencias somáticas

- **Alteraciones sensoriales:** El hacinamiento y el espacio reducido incide en la percepción de los sentidos. En cuanto a la vista, hay restricción a la proyección de puntos de fuga, la visión a distancia, etc. Hay alteración de los sentidos de audición, gusto y olfato también dado que los olores, sonidos y sabores (aunque la comida de cárcel no tiene buena fama) son siempre los mismos¹⁹⁷.
- **Alteraciones del espacio y de la imagen personal:** Ligado al punto anterior, el encierro y el aislamiento del exterior provoca que muchos internos/as tengan alteraciones en la percepción del espacio y en la percepción de sí mismos. La falta de comunicación con el exterior y la carencia de intimidad hace que se pierda la conciencia de los límites del propio cuerpo¹⁹⁸.
- **Fatiga muscular:** A pesar de que muchos programas carcelarios incorporan el deporte para los internos/as, hay poca movilidad corporal, sobre todo considerando la gran cantidad de horas de encierro frente a las horas fuera de las celdas. Esto conlleva inevitablemente un atrofiamiento con hipotrofia muscular y un detrimento en la composición corporal de las PPL, lo cual se agrava con la reportada mala nutrición existente al interior de las cárceles¹⁹⁹.

¹⁹⁵ Verger, 2003.

¹⁹⁶ Mazzilli, 2019.

¹⁹⁷ Valverde, 1997.

¹⁹⁸ Rodríguez, 2019.

¹⁹⁹ Valverde, 1997.

Consecuencias psicosociales

- **Adaptación al entorno anormal de la prisión:** Se ha definido el concepto de “prisionización” como el proceso en el que una PPL adquiere códigos, normas sociales y formas de comportarse para poder convivir en la cárcel. Este proceso, propio de la subcultura carcelaria, se irá adquiriendo de manera no consciente²⁰⁰. El preso/a no sólo vive en la prisión, sino que se ve obligado a "vivir la prisión" permanente y obsesivamente. Este "vivir la prisión" es el elemento fundamental de la configuración de la prisión como un auténtico sistema social alternativo²⁰¹.
- **Ausencia de control sobre la propia vida:** Dado que la vida de la PPL está completamente sometida a las autoridades de la prisión, ésta va perdiendo el control sobre las decisiones que debe tomar sobre su vida, lo cual incluso se extiende a cuando ya ha conseguido la libertad y está de vuelta en el mundo exterior.
- **Estado permanente de ansiedad:** Dadas las relaciones de poder existentes en la cárcel, se vive una permanente ansiedad ante la probabilidad de riñas, disputas de “territorio” o incluso castigos de parte de las autoridades.
- **Ausencia de expectativas de futuro:** Ante el estigma social que se impone a quienes han pasado por la cárcel, es común que haya pesimismo entre las PPL ante la proyección de su futuro. En esto también incide la falta de control sobre la propia vida, pues esto provoca que el interno no sepa cómo planificar su vida ni en el presente ni en el futuro.
- **Ausencia de responsabilización:** Sin control de la propia vida, no hay sentido de responsabilidad sobre las decisiones que hay que tomar. Como en la prisión todo está preestablecido, y la vida sigue su curso al margen del recluso/a, que no tiene ninguna influencia sobre las decisiones que se toman sobre él o ella, por lo que acaba adoptando una actitud pasiva, esperando que las cosas "le vengan dadas", especialmente en lo que respecta al aspecto institucional de la vida en la prisión, postura que, por otra parte, viene claramente apoyada por el fatalismo ya referido previamente²⁰².

Pérdida de vinculaciones

- **Alteraciones de la afectividad:** Es sabido que la prisión crea por sí misma exclusión social. El mundo avanza y las personas quedan estancadas entre cuatro paredes. Cuando vuelven a tener contacto con la sociedad, se ven envueltos en una situación de marginalidad y rechazo²⁰³.
- **Anormalización del lenguaje:** Esto va muy ligado al proceso de prisionización. A medida que avanza dicho proceso, la PPL adquiere nuevos términos y formas de comunicación únicos de la prisión²⁰⁴. Esto se manifiesta de 3 maneras en particular:
 - Palabras de uso exclusivo penitenciario, lo cual en Chile se conoce como “coa”.
 - Construcciones gramaticales con frases breves y poco elaboradas, lo que lleva a un lenguaje rígido, apenas válido para la comunicación interpersonal y mucho menos para el pensamiento²⁰⁵.
 - Un lenguaje poco matizado en cuanto a emociones, transformándose en una mera herramienta informativa.

²⁰⁰ Escaff, 2013.

²⁰¹ Valverde, 1997.

²⁰² Ibid.

²⁰³ Rodríguez, 2019.

²⁰⁴ Martxoa, 2015, citado por Rodríguez, 2019.

²⁰⁵ Valverde, 1997.

IX. CONCLUSIONES Y PROPUESTA SOBRE SALUD PENITENCIARIA EN CHILE.

Luego del análisis de la información, LEASUR sugiere una serie de ideas en pos de mejorar el sistema penitenciario.

Salud penitenciaria en Chile

Generar, fortalecer

Es necesario dar la importancia que se merece a la salud penitenciaria en Chile. Estamos hablando de personas de riesgo en salud, con alta carga de enfermedad y mayor tasa de mortalidad. Una pena de privación de libertad no debe implicar como castigo adicional deficiencias en el acceso a la salud y calidad de prestaciones, lo cual redundaría en que la pena termine siendo más gravosa que el reproche jurídicamente establecido²⁰⁶. Además, se ha visto que la salud de las PPL en los centros de reclusión es un tema que debiese involucrar a toda la sociedad, pues cuando un interno recupere su libertad y vuelva al exterior, es probable que pueda llevar consigo también alguna patología adquirida en el encierro y se convierta en un vector de otras enfermedades. La PPL es parte de la sociedad, ya sea que esté dentro o fuera, una vez en libertad. El Estado y el Ministerio de Salud de Chile, deben reconsiderar una reforma en el actual sistema penitenciario, en pos de mejorar la salud de todos los chilenos.

Salud como derecho en PPL

Garantizar

Como sujeto de derecho, las PPL deben ser tratadas con respeto, acorde a su dignidad y valor como persona, tal como si estuvieran en el medio exterior. Debe garantizarse mediante herramientas legales que las PPL tengan atenciones de salud tal como si estuvieran en libertad, de acuerdo a lo establecido en el numeral 24 de las Reglas Mínimas de Naciones Unidas. Estar en la cárcel no debiera implicar dificultades en la oportunidad, acceso a una atención de calidad, y/o protección financiera en salud.

El Estado Chileno y el MINSAL deben garantizar lo anterior a las PPL. La salud es un derecho.

Derechos humanos en PPL

Respeto

Como se ha visto en el presente informe, no se debe olvidar que la PPL sigue siendo un sujeto de derecho, y por lo tanto, no ha perdido su derecho a tener acceso a una salud digna, sino que tiene los mismos derechos que una persona en libertad en cuanto a acceso y calidad de prestaciones sanitarias.

El Estado y el Ministerio de Salud de Chile, deberían velar por dar oportunidad, acceso, atención de calidad y protección financiera a la PPL, y no discriminar u omitir a la persona dentro de las proyecciones en salud. La PPL merece respeto por ser persona, y el trato debe ser tan digno como aquellas en libertad.

Sistema de salud penitenciario en Chile

Reformar

Para materializar las garantías de salud a las PPL, tanto en acceso como en calidad de prestaciones, es necesario reformar el sistema existente. Se necesita, por un lado, mejorar la oferta de infraestructura penal

²⁰⁶ LEASUR, 2018.

para las atenciones de salud, de manera tal que se pueda minimizar la dependencia del sistema de salud externo en casos más graves, y que así muchos recintos penales dejen de depender del Hospital Penitenciario y puedan disponer de mayor y mejor oferta que un policlínico de atención básica, por ejemplo. Esto les otorgará autonomía, rapidez en la atención oportuna y un buen tratamiento en salud. Esto debe ocurrir también en regiones, descentralizando los recursos que mayormente siempre están dirigidos a la Región Metropolitana de Chile.

Por otro lado, se debe articular con servicios externos en salud para lograr una mayor facilidad en la atención, evitando listas de espera, demora en atenciones complejas, mejor seguimiento, etc., ya que como se ha descrito, muchas veces no existe la cantidad de profesionales o especialistas necesarios a nivel intrapenitenciario. Esta medida podría facilitar una correcta atención en salud.

La salud penitenciaria debiera ser de interés para la salud pública, ya que las PPL son parte de la sociedad y por tanto, de interés en materia de salubridad. La salud pública en Chile, debe mirar a las personas privadas de libertad, puesto que deberían ser foco y tópico de su expertiz.

Para reformar, es necesario realizar un diagnóstico de la salud penitenciaria en Chile, generar un levantamiento de datos a nivel nacional según tipo de sistema, y describir la situación general en cuanto a condiciones de salud y experiencias de las PPL, con el fin de generar sinergia entre diferentes actores, y así poder generar políticas públicas en salud que mejoren la realidad en salud penitenciaria chilena.

Capacidad profesional de atención en salud en cárceles chilenas

Más profesionales

Junto con la necesidad de mayor infraestructura, es necesario que haya mayor disponibilidad de profesionales de la salud para la atención de las PPL. Para esto, también es importante despertar el interés en los profesionales de la salud, para involucrarse académica y profesionalmente en esta área. Es notoriamente insuficiente que en los recintos penales se cuente durante amplios lapsos solamente con paramédicos o enfermeros para la atención de baja complejidad, en circunstancias en que la población penal tiene una alta carga de morbilidad, en la cual es común que se necesiten prestaciones de urgencias y mayor complejidad. Éstas superan las atribuciones naturales de dichos profesionales, por lo que se necesitan más especialistas en salud, tales como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, médicos generales, trabajadores sociales, etc. No es suficiente con el interés de estos profesionales de formar parte de ésta área asistencial, deben ser personajes y líderes de roles claves en administración en salud penitenciaria, quienes deben fomentar una mayor capacidad de atención y rendimiento.

El área de la salud mental no está efectivamente cubierta para un correcto tratamiento y seguimiento. La cárcel, en su infraestructura actual y sistema, enferma la salud mental de las PPL, lo que significa que atender desde la salud física y psicoespiritual se vuelve una necesidad prioritaria a cubrir. Se necesita mayor prevención del suicidio, más promoción de salud mental intra cárcel, más hospitales forenses en regiones, y más espacio. Tal como hemos descrito previamente: el encierro y hacinamiento enferma.

La cárcel enferma.

Hacinamiento y sobrepoblación

Más espacio e infraestructura

Es claro que el hacinamiento y la sobrepoblación existente en las cárceles chilenas, hace concluir que se necesita más espacio y por tanto, mejorar la infraestructura actual. Sin embargo, es errado concluir directamente a partir de esto que la solución es construir más cárceles bajo las mismas condiciones. Lamentablemente, atendido el populismo punitivo existente en nuestro país, construir más cárceles solo llevará a aumentar la cantidad de PPL, con lo cual es muy probable que las tasas de hacinamiento permanezcan constantes, o que aumenten incluso. Por lo tanto, es necesario que se puedan considerar en mayor proporción medidas cautelares y condenas que no consideren a la cárcel como primer recurso, de manera tal que pueda disminuir la población penitenciaria sin necesidad de aumentar la cantidad de la infraestructura carcelaria existente. Lo que sí se debe mejorar es la calidad de la infraestructura, asegurando los metros cuadrados por persona mínimos. Se deben garantizar servicios mínimos éticos para las necesidades biológicas humanas, tales como acceso al agua potable y alcantarillado, ventilación adecuada, sanitización de plagas, espacio adecuado para visitas íntimas, salas cunas para madres privadas de libertad, protocolos sanitarios estandarizados y adaptados a cada realidad carcelaria frente a crisis sanitarias frente a pandemias, desastres naturales, estados de catástrofe, etc.

No a la sobrepoblación

Así como el hacinamiento y la sobrepoblación en el mundo exterior constituyen una vulneración de los derechos básicos de una persona, para las PPL también lo son. Tal como se planteó en el punto anterior, es vital que haya mayor cantidad de penas sustitutivas y medidas cautelares que no consideren a la cárcel como primer recurso. La sobrepoblación hace más probable el conflicto entre las PPL, facilita el contagio y transmisión de enfermedades, vulnera la privacidad e intimidad de las personas, y altera la salud mental. Chile debe replantearse su concepto de cárcel, ya que si exponemos a PPL a espacios reducidos, con vulneración de su intimidad personal y sexual, el daño ocasionado a la PPL solo la aleja del objetivo de la rehabilitación, reintegración y reinserción.

El encierro enferma, la cárcel enferma

Como se ha visto en el presente informe, el encierro es altamente nocivo para la salud física, social y mental de las PPL. Dado que las penas de cárcel implican esta condición de encierro -en condiciones subóptimas e inhumanas-, es menester que las condiciones de habitabilidad en los recintos existentes sean mejoradas. Se necesita que haya instalaciones eléctricas y sanitarias seguras, que haya una alimentación adecuada y racionada correctamente, así como una cantidad suficiente de horas de desencierro donde las PPL tengan actividades que atenuen su condición de encierro y, además, ayuden en su proceso de reinserción al momento de volver al mundo exterior. Brindar educación sería una buena forma de contribuir a su reinserción.

El encierro dentro de la cárcel aumenta la morbimortalidad tanto dentro, como fuera de ella, una vez en libertad. Es por esto que la rehabilitación no parece posible en las condiciones actuales intracarcelarias, haciendo imperativa la necesidad de reforma del sistema penitenciario.

Quienes estructuren, formen parte y dirijan el sistema penitenciario deben elegir comprometerse en velar por rehabilitar y reinsertar de forma efectiva. Generando sistemas de control y comprobación de sus propias metas y objetivos. De otra forma, se utilizarán recursos públicos y privados en personas que, estando encerradas, viven con enfermedades crónicas físicas y mentales (ya sea previas, o que inician o reagudizan dentro de la cárcel) que les impiden adaptarse a la sociedad, que reinciden, que persisten enfermas y que generan más gastos socioeconómicos producto de todo lo anterior. Es necesario pensar en

la cárcel como una oportunidad de rehabilitación física y psicoespiritual real, y no como un castigo que sólo genere más daño, más enfermedad y más dolor psicoespiritual para una persona que, probablemente, ya ha sido víctima y posteriormente victimaria.

Prevenir enfermedad es más costo-efectivo que tratar enfermedades. Así mismo cuidar la salud es mejor que lamentar muertes en salud, puesto que muchas enfermedades crónicas son prevenibles, pero el costo de tratarlas o hacerles seguimiento, resulta ser más alto que la prevención. Recordamos que la mortalidad de las PPL es mucho más alta que el resto de la población, por lo que es indispensable educar y prevenir las enfermedades intrapenitenciarias, o incluso considerar la cárcel como un factor de riesgo en salud y, por tanto, evitarla. Se debe repensar la cárcel como un factor protector en salud, y velar por que así sea.

Enfermedades crónicas e infectocontagiosas

Prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo.

Se sugiere implementar y ejecutar al interior de las cárceles los mismos programas que el estado ofrece para las personas usuarias del sistema de salud. Incluyendo:

- **Programa nacional de personas mayores:** en las cárceles existen personas mayores, y como sabemos, éstas requieren cuidados especiales y atención integral a medida que se envejece. Se debe velar por la dignidad de las personas mayores.
- **Programa de salud de la mujer:** aún cuando las cárceles de mujeres tienen una menor cantidad total de PPL, éstas requieren de cuidados adecuados en sus distintas etapas de la vida y atenciones ginecológicas.
- **Programa nacional y control de la tuberculosis: pues,** como se ha expuesto, dentro de las cárceles es alta la prevalencia de TBC.
- **Plan para detección y tratamiento de de Hepatitis B y C, Chagas, Hanta, enfermedades respiratorias, enfermedades transmitidas por mosquitos,** etc: puesto que el contagio de éstas está aumentado dentro de las cárceles.
 - Las **vacunas** deben estar aseguradas para cada PPL dentro de su historial clínico, independiente de si son extranjeros o nacionales. Administrarlas en caso de no tener las vacunas que existen en el Programa Nacional de Inmunizaciones, y generar esquemas completos en caso de no poseerlas.
 - Por lo anterior, se sugiere establecer protocolos detallados, tanto para funcionarios/as de gendarmería como para PPL, que se den a conocer con anterioridad, y que sean útiles frente a nuevas pandemias o eventos de catástrofe sanitaria. Esto, para implementar control sanitario de forma eficaz y eficiente, y que se tomen resguardos económicos y estructurales, dentro de cada institución o sistema carcelario.
- **Programa nacional de prevención contra el VIH y las ITS (infecciones de transmisión sexual):** Ya que dentro de las cárceles el VIH y las ITS tienen mayor riesgo de contagio y en libertad pueden seguir contagiando.
 - Para las enfermedades infectocontagiosas se propone que se realice prevención y educación constante en derechos y salud sexual y reproductiva. Que exista información disponible, libre y de calidad, física u online, para consulta de las PPL cuando lo requieran. Se sugiere que al ingreso de la persona a la cárcel, se tome una batería completa de exámenes, que incluya las ITS más prevalentes en Chile y en la cárcel misma. Una vez dentro de la cárcel, se sugiere mantener la prevención de transmisión de ITS, por lo que se debería ofrecer protección sexual y anticoncepción como control de ITS y de natalidad, además de un seguimiento anual a las

personas con factores de riesgo de adquirirlas. Hacer caso omiso a reconocer que efectivamente está siendo inevitable la actividad sexual dentro de un recinto penitenciario, es poner en riesgo la salud de los reclusos.

- **Programa en relación a Violencia:** Con mayor frecuencia, las PPL son víctimas de variados tipos de violencia al interior de las cárceles. Esto incluye discriminación, bullying, abuso sexual, físico y psicológico; tortura, violación sexual, explotación sexual, por compañeros o agentes del estado, etc. Esto se debe prevenir pesquisando situaciones, otorgando oportunidad a la denuncia, y siempre encauzando el procedimiento bajo un amparo de seguridad, protegiendo a los denunciantes. Se debe intervenir sin generar más daño, con feedbacks que busquen educar, asegurando estrategias de reparación. No más castigos que generan más daño. Educar es esencial. La cultura de silencio que engloba las situaciones de violencia dentro de la cárcel debe terminar. La cultura de la violencia debe cambiar desde quienes forman los sistemas carcelarios y los piensan desde afuera de ella. La cárcel es violenta. Pero también lo es cuando vulnera derechos que, por ley, no se les ha prohibido a esas personas.
- **Rehabilitación y discapacidad:** El departamento de Discapacidad y Rehabilitación (DDR), que es el referente técnico de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública, debiera poner atención a lo que ocurre dentro de las cárceles, pues es un problema grave de salud pública que no debiera ser omitido y debería ser una prioridad. Dentro de las cárceles hay más prevalencia de discapacidad sensorial y física que fuera de ella. El tener personas con discapacidades dentro de la cárcel amerita enfocar esfuerzos para primero levantar un diagnóstico de la situación actual en Chile y luego implementar acciones, asegurando habilitación y educación de las personas funcionarias de GENCHI, habilitación de la infraestructura del sistema penitenciario y rehabilitación de las personas enfermas o con discapacidades sensoriales o físicas dentro de las cárceles chilenas. Algo que el DDR tiene en común con GENCHI es la rehabilitación, por lo que, como LEASUR, nos parece urgente generar mayor sinergia entre ambas instituciones, generar programas y planes de acción dentro de las cárceles. La situación nos parece crítica, estamos encarcelando a personas enfermas, para volverlas más enfermas. Como sociedad debemos hacernos responsables. Las personas en situación de cárcel sufren más, si no es por enfermedades físicas, serán enfermedades psíquicas o de afectación espiritual.
- **Plan Nacional de Salud mental en Chile:** En el presente informe de LEASUR, se describen las muchas patologías en salud mental que se inician, desarrollan o reagudizan dentro de las cárceles a propósito de las condiciones intrapenitenciarias. Como detallamos, las prevalencias en las PPL son alarmantes. Por lo anterior, el riesgo de múltiples patologías en salud mental que incitan a más violencia y agresiones, riñas, suicidio y asesinatos que finalmente llevan a la muerte, nos parece razón suficiente para intervenir dentro de las cárceles. Las PPL son parte de la población, por lo que se les debe incluir en el programa nacional de prevención del suicidio, en planes contra la prevención y tratamiento del uso problemático de sustancias, deben estar incluidos en el Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres (ya que durante la pandemia COVID 19 se ha visto aumento de la violencia, sodomización, suicidios, etc., frente al corte o disminución de visitas), entre otras acciones. El Ministerio de Salud debe considerar a las PPL como parte de su población, incluirlas dentro de sus programas y planes nacionales, puesto que se trata de una población con morbimortalidad muy aumentada respecto de la población general.

En esta misma línea, se sugiere aumentar la cantidad de profesionales del área de la salud mental, la cantidad de instituciones u hospitales forenses, garantizar mayor acceso a atención en salud y un aumento

de las horas profesionales, por concepto de seguimiento; entendiendo la vulnerabilidad y vulneración de la salud de la persona en contexto intracarcelario.

Violencia, agresión, traumatismos

No más silencio

Dado que el fenómeno de la “prisionización” está fuertemente arraigado en la población penal, es una labor compleja romper los códigos de silencio que rigen en las PPL y que, muchas veces, ocultan graves vulneraciones a sus derechos humanos fundamentales, ya sea por parte de Gendarmería o bien de otros internos/as. Por lo tanto, es necesario que haya un trabajo conjunto con las PPL y con Gendarmería, de manera tal que las dinámicas de silencio y encubrimiento disminuyan y puedan salir a la luz todos los hechos que van en contra de la dignidad de los internos/as o funcionarios/as. Si la violencia logra ser comprendida en su causalidad, origen, tipos y mecanismos de ejecución, replicación y mantención, solo ahí se puede entender la violencia a cabalidad y, por tanto: pretender manejarla. Para lo anterior, nos parece necesario educar a los funcionarios/as de Gendarmería de Chile frente a situaciones de riesgo, en la mediación de problemas, enfrentamiento, etc, asegurando protección al denunciante.

Mientras los códigos de silencio sigan vigentes, es necesario asegurar protección para quienes no quieran callar. Asimismo, las denuncias deben ir acompañadas de medidas que combatan las dinámicas violentas o perversas y que no sean netamente de penalización para quienes incurren en conductas y/o hechos de violencia, puesto que aquello solamente alimentaría el odio existente a la figura del delator.

Salud Sexual y reproductiva

Ginecoobstetricia: La atención de la salud de la mujer debe seguir enfocada en mantener saludable a la mujer en sus distintas etapas de vida. En algunos establecimientos penitenciarios concesionados, se sugiere que para la atención gineco-obstétrica y pediátrica se disponga de módulos de reclusión para mujeres y de algunas celdas que permitan recibir a lactantes y sus madres, para lo cual será necesario programar debidamente estas atenciones de manera de ser atendida por los respectivos especialistas. Estas atenciones serían para consultas de morbilidad obstétrica y ginecológica, control de embarazadas, control post parto y control pre y post natal.

Maternidad en cárcel: En relación al embarazo, lactancia y crianza en primera infancia, se hace necesario asegurar la atención a la díada madre-hijo por el programa Recién Nacido, Creciendo Juntos, Crece Contigo, etc; y también brindar cuidados durante el embarazo, asegurar controles prenatales, llevar con tiempo y tranquilidad el proceso de parto en un hospital, cuidados post natales y comodidad post parto. Se debe asegurar una guardería infantil para los casos en que la madre no pueda estar presente para otorgar los cuidados. Se debe velar por el crecimiento del niño, niña o niñe, de forma paralela al desarrollo de su vínculo maternal.

Cárcel como factor de riesgo

Mortalidad: Como se explicó reiteradas veces, la cárcel aumenta la morbilidad y mortalidad, tanto en su interior, tanto como una vez que la persona sale. Metafóricamente, así como la velocidad total de una reacción química depende de la reacción más lenta, del mismo modo la sociedad chilena no puede seguir vanagloriándose del éxito socioeconómico de sólo unos pocos, mientras siga sin hacerse cargo de este tipo de problemas como son el mantener a las PPL en condiciones deplorables.

Factor estresante: La cárcel es un factor estresante, lo que no favorece la rehabilitación. El aislamiento disminuye la posibilidad de reinserción.

Cambiar concepto de cárcel a factor protector: Se debe repensar el modelo carcelario, a fin de pensar en él no como un riesgo de vida o un castigo para un ser humano, sino como una verdadera oportunidad de cambio, de rehabilitación, de educación, de sanación, de conversión psicoespiritual y finalmente, de reinserción social.

Cárcel como factor protector: El ideal

Reforma completa.

Cuando desde LEASUR se asume como principio el abolicionismo institucional, se hace reconociendo que debe haber un sistema que sancione las conductas atentatorias a la vida social, pero siempre con el horizonte de eliminar la cárcel como tal. Esto es parte de un proceso que debe considerar la revisión del sistema penal en su conjunto, imposible de extirpar del contexto político y socioeconómico en el cual se inscribe²⁰⁷.

La cárcel debe replantearse como concepto, intención, organización, estructuración, y sistematización. Y para ese proceso, debe recogerse la experiencia de quienes vivieron la prisión como PPL, sus familias y los/as funcionarios/as con quienes tuvieron contacto. No nos parece la forma correcta de generar una reforma el opinar desde lo académico, sin haber pisado una cárcel: la reforma debe ser pensada en conjunto con las PPL y sus experiencias.

Ley de ejecución penal

Se hace indispensable contar con una Ley de Ejecución Penal que garantice la concreción de los puntos contenidos en las presentes conclusiones, de manera tal que no se conviertan en letra muerta y se pueda, efectivamente, asegurar el respeto a la dignidad y derechos básicos de las PPL.

La cárcel como oportunidad de intervenir y rehabilitar y reintegrar

Al contar con una reforma completa al sistema penitenciario y con una Ley de Ejecución Penal, el ideal es que la cárcel sea una real oportunidad de rehabilitar a quienes, por diversos motivos, han perdido su libertad, atendiendo sus carencias físicas y psicosociales mediante una intervención efectiva de parte del Sistema Penitenciario. De esta manera, la cárcel puede ser un espacio de protección para quienes nunca estuvieron protegidos en el mundo exterior, así como un espacio de habilitación o rehabilitación para salir en libertad, convirtiéndose así en un beneficio no solo para la PPL, sino que para su círculo íntimo y para la sociedad entera.

Salud pre y post penitenciaria

Desarrollo del tema a nivel académico y políticas públicas: Si la salud penitenciaria es un tema reciente en el mundo, y casi nada explorado en Chile, menor aún es el campo de la salud pre y post penitenciaria.

Si bien en Gendarmería existe un grado de seguimiento a quienes han salido de la cárcel, éste se limita comúnmente a quienes cumplen una pena sustitutiva en sistema abierto, por lo que no existe un alcance para quienes salen completamente del sistema. Esta situación, sumada a la falta de literatura y/o estudios sobre la situación de quienes están en libertad habiendo pasado por la cárcel, dificulta el conocimiento acerca de la salud de ex internos/as, y sobre los efectos físicos y psicológicos de haber estado encarcelados. Es necesario que la salud pre y post penitenciaria sea un tema a desarrollar a nivel académico, epidemiológico -dado el efecto que puede acarrear en la sociedad una enfermedad contraída por un ex interno durante su encierro-, y a nivel de políticas públicas que promuevan el seguimiento y

²⁰⁷ LEASUR, 2018.

acompañamiento de la vida de los ex internos/as, de manera tal que se facilite su reinserción en la sociedad. Las instituciones de los sistemas carcelarios deben sistematizar la información, para poder hacer los análisis e interpretaciones correspondientes, con el fin de conocer la situación chilena actual, lo hemos recalado durante todo este escrito.

Lamentablemente, la salud penitenciaria en Chile no está desarrollada como una rama formal de estudios, y ni siquiera está incluida en mallas curriculares de los alumnos del área de la salud, al tratarse de una nueva área académica en vías de desarrollo.

Este tema debería ser prioridad del interés académico, científico y político, especialmente cuando se pregona rehabilitación y reinserción, pero los pocos datos que existen demuestran que dentro de la cárcel chilena es casi imposible rehabilitarse o reinsertarse en la sociedad.

Grupos de especial interés

Dentro de las cárceles hay grupos vulnerables en salud, tales como personas en situación de discapacidad, mujeres, personas mayores, disidencias sexuales, pueblos indígenas, presos políticos, etc. En lo que se refiere a estos grupos, se sugiere realizar una pesquisa de factores de riesgo biopsicosociales para la categorización de riesgo, una intervención según priorización de necesidades, y una evaluación anual.

X. COMENTARIOS FINALES

La cárcel enferma. Si se está enfermo y además se está en la cárcel, lo más probable es que empeore el estado de salud y consecuentemente la persona debe ser atendida. Actualmente la salud es un derecho en Chile. El estado de la salud penitenciaria en Chile no es alentador, por lo que es urgente hacer mejoras en sistema de salud penitenciario chileno.

Finalmente, como LEASUR ONG esperamos contribuir al conocimiento sobre el estado de situación de la salud penitenciaria en Chile y el mundo. Queremos fomentar el avance de la salud penitenciaria como rama de la salud pública, abriendo el debate público y político, para impactar de forma benéfica a las personas que están siendo privadas de libertad. Para reinventar el sistema penitenciario en Chile, nos parece indispensable hacer un diagnóstico a nivel nacional y considerar la experiencia vivida por las personas privadas de libertad, a fin de lograr verdaderamente su rehabilitación, reintegración y reinserción en la sociedad.

Concluimos que las PPL son personas con una alta prevalencia de morbilidad y alta mortalidad, destacando alta carga de enfermedades crónicas, transmisibles y del área de la salud mental. Prevenir enfermedad, promover salud, sanar o acompañar estas enfermedades debe considerarse como parte del proceso de una rehabilitación efectiva.

En este sentido, la cárcel debe ser vista como una verdadera oportunidad de cambio y sanación, por lo que la reforma del sistema penitenciario tiene carácter urgente.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Abram, K. M., Zwecker, N. A., Welty, L. J., Hershfield, J. A., Dulcan, M. K. & Teplin, L. A. (2015). Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association, Psychiatry*, 72(1), 84-93.
- Aguirre, Carlos (2009). Cárcel y sociedad en América Latina: 1800-1940. En *Historia social urbana. Espacios y flujos*. Ed. Eduardo Kingman Garcés, 209-252. Quito: 50 años FLACSO.
- Akbari, M., Akbari, M., Naghibzadeh-Tahami, A., Joulaei, H., Nasiriyan, M., Hesampour, M., & Bagheri-Lankarani, K. (2016). Prevalence of HIV/AIDS among Iranian prisoners: a review article. *Addiction & health*, 8(3), 195.
- Almeda Samaranch, Elisabet & Di Nella, Dino (2017). Mujeres y cárceles en América Latina: perspectivas críticas y feministas. *Papers: revista de sociología*, 102. (2), 183-214.
- Anand, P. B., & Comim, F. (Eds.). (2019). *Handbook of Brics and Emerging Economies*. Oxford University Press.
- Andersen, H. S. (2004). Mental Health in Prison Populations. A review - with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(s424), 5-59.
- Andrade, B. (2015). Caracterización de atención de salud a personas privadas de libertad, en sistema penitenciario. Departamento de estadísticas e información en salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Anju Gupta, N.K. Girdhar (2012). Risk Factors of Suicide in Prisoners. *Delhi psychiatry journal* 15 (1), 45-49.
- Baldwin, A., Sobolewska, A., & Capper, T. (2020). Pregnant in prison: An integrative literature review. *Women and Birth*, 33(1), 41-50.
- Bard E, Knight M, & Plugge E. (2016) Perinatal health care services for imprisoned pregnant women and associated outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*;16(1):285.
- Bascón Díaz, Miguel Jesús, & Vargas Girón, Virginia. (2016). Salud mental en reclusos: un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *Anales de Psicología*, 32(2), 374-382.
- BBC Mundo. (2018). Qué país tiene la tasa de presos más alta del mundo y cuál es el de América Latina. [Accedido el 09/05/2018 de News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-44047889> ,buscador www.google.com]
- Beaver, K., Vaugh, M. G., DeLisi, M. & Higgins, G. E. (2010). "The Biosocial Correlates of Neuropsychological Deficits: Results From the National Longitudinal Study of Adolescent Health", *International Journal of Offenders Therapy and Comparative Criminology*, 54(6), 878-894.
- Bellver Capella, V.. (2007). Ética, salud y atención sanitaria en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(1), 01-03.
- Bergman, M; Cafferata, F & Ambrogio, J. (2020). Los efectos del Coronavirus en las cárceles de Latino América, de *Sociedad de Criminología Latinoamericana* [Accedido el 06/09/2020 del Sitio web: <https://criminologialatam.wordpress.com/2020/06/12/efectos-del-covid-19-carceles-de-latino-america/>]
- Bernard, G., Hammond, S., Hampson, S., Eves, M. & Crowder, M. (2002). "Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners", *British Journal of Psychiatry*, 181, pp. 22-28.

Biadglegne, F., Rodloff, A. C., & Sack, U. (2015). Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic. *Epidemiology & Infection*, 143(5), 887-900.

Breilh J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar editorial. Buenos Aires.

Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31(supl 1): S13-S27.

Brennan, P. A., Mednick, S. A. & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort, *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494-500.

Brugha, T., Singleton, N., Meztlar, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., & Coid, J., Lewis, G. (2006). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 774-780.

Bulten, B. H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg [Captured between punishment and care]* (Doctoral dissertation, Ph. D. thesis, Vrije Universiteit, Amsterdam.)

Bulten, E., Nijman, H. & Van der Staak, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 115-119.

Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A. M., Padilla-Gallegos, G. M. & Leenaars, A. (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015. *Revista Criminalidad*, 58 (3), 101-118.

Centro de Epidemiología y Políticas de Salud [CEPS] de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo [UDD]. (2014) Determinantes de la transmisión de Tuberculosis en la población privada de libertad y su impacto como reservorio para la población general de Chile. Proyecto FONIS.

Central Intelligence Agency [CIA]. (2020) *The World Factbook*. [Accedido el 10/10/2020: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/346.html>, buscador: www.google.com]

Clark, V. A. (2016). Predicting two types of recidivism among newly released prisoners: First addresses as “launch pads” for recidivism or reentry success. *Crime & Delinquency*, 62(10), 1364-1400.

Contraloría de Chile. (2012) Informe final: Recintos Penitenciarios en Gendarmería de Chile. División de auditoría administrativa área administración general y defensa nacional Número de Informe : 33/2012; 31 de octubre de 2012.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Resolución 1/08, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las PPL en las Américas, 13 Marzo 2008, No. 1/08, [Accedido el 8/12/2020: <https://www.refworld.org/es/docid/487330b22.html>, buscador: www.google.com]

Costa Antony de Andrade, A. B., & Ferreira Gonçalves, M. J. (2018). MOTHERHOOD IN PRISON REGIME: MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(6).

Dammert, L. y Zúñiga, L. (2008). *La Cárcel: problemas y desafíos para las Américas*. Santiago: FLACSO-CHILE.

DeCoster, S. & Heimer, K. (2001). “The relationship between law violation and depression: An interactions analysis, *Criminology*, 39(4), 799-836.

De Diego Arias, J. L. (2015). La sexualidad de las personas reclusas en la jurisprudencia constitucional. *Estudios de Deusto: revista de la Universidad de Deusto*, 63(2), 225-241.

De Gregorio, Beatriz. (2011). “Diseño y construcción de un Instrumento de medición De la calidad de atención de salud: Aplicación al Centro De Detención Preventiva Santiago Sur Región Metropolitana” [Accedido el 20/12/2020:

http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/456/Tesis_Beatriz+de+Gregorio.pdf;jsessionid=AODF835FDA992F3905FA8247BD93F950?sequence=2, buscador: www.google.com]

De la Guía, A. (2011). GUÍA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 821-822.

Dubois, C., Linchet, S., Mahieli, C., Reynaert, JF., Seron, P. (2017). Organization models of health care prisons in four countries. *Belgian Health Care Knowledge Centre*. [Accedido el 20/12/2020: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_293_Prisons_health_care_Chapter_4.pdf, buscador: www.google.com]

Dumond, R. W. (2000). Inmate sexual assault: The plague that persists. *The Prison Journal*, 80(4), 407-414.

Dianatinasab, M., Joulaei, H., Ghorbani, M., Zarei, N., Rezaeian, S., Fararouei, M., & Greenwald, Z. R. (2018). Prevalence of tuberculosis in HIV-positive prisoners: a systematic review and meta-analysis. *AIDS reviews*, 20(2), 114-124.

Droppelmann, C & Trajtenberg, N. (2020). Crime and inequalities in Latin America in Anand, Comim, Fennell and Weiss (Eds). *The Oxford Handbook of BRICS and Emerging Economies*. Oxford: Oxford University Press.

Edge, C. L., King, E. J., Dolan, K., & McKee, M. (2016). Prisoners co-infected with tuberculosis and HIV: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1), 20960.

El Confidencial (2020) Medio de comunicación. El Confidencial newsletter: https://www.elconfidencial.com/espana/2019-08-20/prisiones-muertos-tasa-2018_2184963/ [Accedido 09/08/2020, buscador: www.google.com.]

Elger, B. (2011). Prison medicine, public health policy and ethics: the Geneva experience. *Swiss Med Wkly*. 141:w13273

Eslava-Castañeda, Juan C.(2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública* [online]. v. 19, n. 3,396-403.: [Accedido el 10/11/2020: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467> , buscador www.google.com]

Eliason MJ, & Arndt S. (2004) Pregnant inmates: a growing concern. *J Addict Nurs*;15:163–70.

Escaff S., E.; Estévez M., M. I.; Feliú V., M. & Torrealba H., C. A. (2013). Consecuencias psicosociales de la privación de libertad en imputados inocentes. *Revista Criminalidad*, 55 (3): 291-308.

Fahmy, C., & Wallace, D. (2019). The influence of familial social support on physical health during reentry. *Criminal Justice and Behavior*, 46(12), 1738-1756.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R. & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e.1000120.

Figueroa García-Huidobro, Rodolfo. (2013). EL DERECHO A LA SALUD. *Estudios constitucionales*, 11(2), 283-332.

Fink, A. E. (1962). *Causes of crime: Biological theories of crime in the United States 1800-1915*. Nueva York: A. S. Barnes and Company.

Fondevila, G., & Vilalta, C. (2019). Populismo penal en América Latina. Las dinámicas de crecimiento de la población carcelaria. *Instituto Igarapé a think and do tank*, pp. 1 -16.

Gańczak, Maria, and Zbigniew Szych (2017). HBV, HCV, and HIV infection prevalence among prison staff in the light of occupational risk factors. *Medycyna Pracy*, 68 (4),507-516.

García-Guerrero, J., Vera-Remartínez, E. J., & Planelles, M. R. (2011). Causes and trends of mortality in a Spanish prison (1994-2009). *Revista española de salud pública*, 85(3), 245-255.

García Hernández, C. C (2017). Abolishing immigration prisons. *BUL Rev.*, (97), 245.

García-Largo, L. M., Martí-Agustí, G., Martín-Fumadó, C., & Gómez-Durán, E. L. (2020). Intellectual disability rates among male prison inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 70, 101566.

Gates, M. L., & Bradford, R. K. (2015). The impact of incarceration on obesity: are prisoners with chronic diseases becoming overweight and obese during their confinement?. *Journal of obesity*.

Gendarmería de Chile [GENCHI]. (2020). Actualización 30/06/2020, estadística general de gendarmería. [Accedido el 09/08/2020: <https://www.gendarmeria.gob.cl/estadisticaspp.html> , buscador: www.google.com]

GENCHI. (2019). Boletín Estadístico de N°125, 126 y 127 .Vigentes al 07 de febrero de 2019

GENCHI. (2019) Boletín Estadístico octubre 2019.

GENCHI. (2019) Boletín Estadístico enero 2019.

GENCHI. (2019) Compendio Estadístico Penitenciario.

GENCHI. (2018) Compendio Estadístico Penitenciario.

Heide, S., & Chan, T. (2018). Deaths in police custody. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 57, 109–114.

Hensley, C. (Ed.). (2002). *Prison sex: Practice and policy*. Lynne Rienner Publishers.

Hensley, C., Castle, T., & Tewksbury, R. (2003). Inmate-to-inmate sexual coercion in a prison for women. *Journal of Offender Rehabilitation*, 37(2), 77-87.

Hensley, C., Tewksbury, R., & Castle, T. (2003). Characteristics of prison sexual assault targets in male Oklahoma correctional facilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(6), 595-606.

Hensley, C., Wright, J., Tewksbury, R., & Castle, T. (2003). The evolving nature of prison argot and sexual hierarchies. *The Prison Journal*, 83(3), 289-300.

Herrera, C. (2019). Desigualdades sociales: Las expectativas de vida de los chilenos. Unholster. [Accedido el 5/12/2020: <https://www.unholster.com/blog/2019/12/5/desigualdades-sociales-las-expectativas-de-vida-1>, buscador: www.google.com]

Huete García, A., & Díaz Velázquez, E. (2011). Personas con discapacidad afectadas por el sistema penal penitenciario en España.

Instituto Nacional de Estadísticas [INE] (2020).[Accedido el 09/08/2020: <https://www.ine.cl/>, buscador: www.google.com]

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2018). Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos sobre el derecho a la integridad personal 2016-2017.

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2020). Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos en la privación de libertad 2018.

INDH (2020). Derechos de las PPL. Instituto Nacional de Derechos Humanos.

Joukamaa, M. (1998). The mortality of released Finnish prisoners; a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Science International*, 96(1), 11-19.

Krieger N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of epidemiology and community health*, 55(10), 693–700.

Litigación Estructural para América del Sur, [LEASUR] Organización no gubernamental. (2018). Informe de Condiciones Carcelarias. Situación de cárceles en Chile 2018.

Liu, J., Raine, A., Venebles, P. & Mednick, S. (2004). “Malnutrition at Age 3 Years and Externalizing Behaviour Problems at ages 8, 11 and 17 Years”, *Am J Psychiatry*, 161, 2005-2013.

Leddy, M. A., Schulkin, J., & Power, M. L. (2009). Consequences of high incarceration rate and high obesity prevalence on the prison system. *Journal of Correctional Health Care*, 15(4), 318-327.

Lorca, R., Vial, L (2020). Columna de opinión : “Los derechos de las mujeres privadas de libertad con hijos lactantes ” Departamento de Estudios y Proyectos de la Defensoría Nacional. Defensoría Nacional de Chile.

Macalino, G., Hou, J., Kumar, M., Taylor, L., Sumantera, I., & Rich, J. (2004). Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy*, 15(2), 103–114.

Madeddu, G., Vroiling, H., Oordt-Speets, A., Babudieri, S., O'Moore, É., Noordegraaf, M. V., ... & Tavoschi, L. (2019). Vaccinations in prison settings: a systematic review to assess the situation in EU/EEA countries and in other high income countries. *Vaccine*, 37(35), 4906-4919.

Martí, C. (2020). Salud Pública y Biopolítica (3): La Medicina Social, según Virchow | Salud Pública y algo más. [Accedido el 10/11/2020 https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/01/07/110752, buscador: www.google.com]

Maruschak, L. M. (2012). Medical problems of prisoners. *BiblioGov*.

Maruschak, L. M., Berzofsky, M., & Unangst, J. (2015). Medical problems of state and federal prisoners and jail inmates, 2011-12. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.

Mazzilli, S. (2019). La prisión como determinante social de la salud - Blog. Instituto de Salud Global de Barcelona. [Accedido el 20/12/2020:

<https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/prison-as-a-social-determinant-of-health/5083982/10102>, buscador: www.google.com]

McGloin, J. M., Pratt, T. C. & Piquero, A. R. (2006). “A life-course analysis of the criminogenic effects of maternal cigarette smoking during pregnancy, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43(4), 412-426.

Medina, P (2017). Maternidad y Lactancia Materna en la cárcel: análisis desde la etnografía institucional. Tesis para optar al grado de magíster en gestión y políticas públicas. Universidad de Chile.

Meza-Lopehandía, M., Truffello, P., y Weidenslaufer, C. (2019) Mujeres embarazadas y madres de infantes privadas de libertad. Derecho internacional y legislación extranjera. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile | Asesoría Técnica Parlamentaria.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJU)- Ministerio de Salud (MINSAL)-Gendarmería de Chile (GENCHI)-Fondo Nacional de Salud (FONASA).(2015) Informe Comisión Asistencial Población Privada de Libertad Santiago.

Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2018) Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud.

Ministerio de Salud [MINSAL]. Gobierno de Chile (2018) Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital.

Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 1-15.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, División de Reinserción Social. (2018) Estado actual de la atención sanitaria en el sistema penitenciario chileno.

Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Protección Social, República de Francia. (2004). Guía metodológica relativa a la atención de salud de las personas detenidas. [Accedido el 20/12/2020:

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf, buscador: www.google.com]

Moffit, T. E. (1993). "Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy", *Psychological Review*, 100(4), 674-701.

Morales-Borrero, C. (2013). SciELO - Salud Pública - ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. [Accedido el 12/12/2020: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2013.v15n6/810-813/es>, buscador: www.google.com]

Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PLoS one*, 8(7), e69109.

Naser, R. L., & La Vigne, N. G. (2006). Family support in the prisoner reentry process: Expectations and realities. *Journal of Offender Rehabilitation*, 43(1), 93-106.

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2019). Human rights in the administration of justice. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Annual report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General. 30 July 2019. A/HRC/42/20.

Organización de las Naciones Unidas Sida. [ONUSIDA]. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. Análisis comparado regional de los diagnósticos sobre VIH y sida en los sistemas penitenciarios de 12 países de Latinoamérica. [Accedido el 07/09/2020: <https://observatoriovihycarceles.org/observatorio/vih-y-carceles/>, buscador: www.google.com]

Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2008) Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. CDSSS, Ginebra.

OMS (2018) Fact sheet – Obesity and overweight. [Accedido el 29/11/2020: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, buscador: www.google.com]

OMS (2019) Hypertension. [Accedido el 29/11/2020: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>, buscador: www.google.com]

OMS (2020). Global Tuberculosis Report.

ONUSIDA (2016). The Prevention Gap Report, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. CAT/OP/BEN/3.

ONUSIDA (2020). Hoja Informativa VIH al cierre del 2019. [Accedido el 29/11/2020: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf , buscador: www.google.com]

Organización Panamericana de la Salud (2003). Cárceles saludables. Promoviendo la salud para todos.

Osses-Paredes, C., & Riquelme-Pereira, N. (2013). Situación de salud de reclusos de un centro de cumplimiento penitenciario, Chile. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 98-104.

Pérez, B. (2019). Personas con discapacidad y privadas de su libertad en la Ciudad de México. Un estadístico de siete centros penitenciarios. Universidad Autónoma de México.

Poder Judicial (2018) Informe N°1 “Principales problemas detectados en las visitas a cárceles realizadas el año 2017 por los fiscales judiciales”.

Preti, A. & Cascio, M. T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy,1900-2002. *Medicine, Science and the Law*, 46(2), 127-134.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). *Global mental health 1: No health without me*.

Pinzón & Meza (2019). *Prestación de Servicios de Salud de las Personas Privadas de la Libertad*.

Pont, J., Harding, T. (2019). *Organisation and management of healthcare in prison. Guidelines of Council of Europe*. [Accedido el 20/11/2020

<https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69>, buscador: www.google.com]

Raine, A., Moffit, T. E., Caspi, A., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Lynam, D. (2005). “Neurocognitive impairments in boys on the life-course persistent antisocial path, *Journal of Abnormal Psychology*, 114, pp. 38-49.

Rafter, N. H. (2008). *The criminal brain: Understanding biological theories of crime*. Nueva York: NYU Press.

Rocque, M., Brandon, C. W. & Raine, A. (2012). “Biosocial criminology and modern crime prevention”, *Journal of Criminal Justice*, 4, 306-312.

Rodríguez, M. (2019). *Efectos de la estancia en prisión*. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

Saavedra, J., & López, M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 8(4), 224-231.

Salize, H. J., Dressing, H. & Kief, C. (2007). *Mentally Disordered Persons in European Prison System: needs, programmes and outcome (EUPRIS)*. Mannheim: European Comission. Central Institute of Mental Health.

Sanchez Burson, J. M. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*, (78), 139-153.

Sanhueza, Guillermo. (2015). *Diseño e Implementación de la Primera Encuesta de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria: Propuestas y Desafíos para el Sistema Penitenciario Chileno*. Economía y desarrollo.

Sanhueza, Guillermo; Pérez, Francisca (2017) "Cárceles concesionadas en Chile: evidencia empírica y perspectivas futuras a 10 años de su creación". *Polít. crim.* Vol. 12, Nº 24 (Diciembre 2017), Art. 11, pp. 1066-1084. [Accedido el 20/11/2020: http://www.politicacriminal.cl/Vol_12/n_24/Vol12N24A11.pdf , buscador: www.google.com]

Serrano, MD. (2010). Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria. *Revista de Derecho Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.* 6; 413-446.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2012). *CONSUMO DE DROGAS EN DETENIDOS: Estudio I-ADAM 2012.* SENDA. Fundación Paz Ciudadana.

Shelton, D. (2000). "Health Status of Young Offenders and Their Families", *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), pp. 173-178.

Shrestha, G. (2018). A18107 Prevalence of Hypertension among Incarcerated Males of Jhumka Regional Prison, Eastern Nepal. *Journal of Hypertension*, 36, e345.

Schnittker, J. (2014). The psychological dimensions and the social consequences of incarceration. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 651(1), 122-138.

Simeni Njonou, S. R., Boombhi, J., Etoa Etoga, M. C., Tiodoung Timnou, A., Jingi, A. M., Nkem Efon, K., ... & Talbit Ndjanya, S. (2020). Prevalence of Diabetes and Associated Risk Factors among a Group of Prisoners in the Yaoundé Central Prison. *Journal of Diabetes Research*,

Simpson, P. L., Simpson, M., Adily, A., Grant, L., & Butler, T. (2019). Prison cell spatial density and infectious and communicable diseases: a systematic review. *BMJ open*, 9(7), e026806.

Skarupski, K. A., Gross, A., Schrack, J. A., Deal, J. A., & Eber, G. B. (2018). The health of America's aging prison population. *Epidemiologic reviews*, 40(1), 157-165.

SOCIEDAD CONCESIONARIA INFRAESTRUCTURA PENITENCIARIA GRUPO 3 S.A. (2010) Reglamento Servicio, Dirección General de Concesiones. Reglamento De Servicio De La Obra Programa De Concesiones De Infraestructura Penitenciaria Grupo 3.

Søndena E., Rasmussen K. Palmstierna T. Nøttestad J. (2008) The prevalence and nature of intellectual disability in Norwegian prisons. *Journal of Intellectual Disability Research.* 52(12),1129-1137.

Spreat, S. (2020). Persons with intellectual disability in prison. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour.*

Stewart, L. M., Henderson, C. J., Hobbs, M. S., Ridout, S. C., & Knuiman, M. W. (2004). Risk of death in prisoners after release from jail. *Australian and New Zealand journal of public health*, 28(1), 32-36.

Teplin, L. A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80(6), 663-669.

Timnou, A. T., Boombhi, J., Njonou, S. J., Jingi, A. M., Efon, K. N., Bâ, H., ... & Kebiwo, O. K. (2019). Prevalence of hypertension and associated risk factors among a group of prisoners in Yaoundé Central Prison: a cross-sectional study. *Journal of Xiangya Medicine*, 4, 22-29.

Turney, K., Wildeman, C., & Schnittker, J. (2012). As fathers and felons: Explaining the effects of current and recent incarceration on major depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(4), 465-481.

UChile noticias. Francisca Siebert (2015). Salud mental en las cárceles chilenas: depresión, abuso de sustancias y falta de atención. [Accedido el 09/09/2020: <https://www.uchile.cl/noticias/117216/la-salud-mental-prende-alertas-en-las-carceles-chilenas> , buscador: www.google.com]

Uggen, C., & Staff, J. (2001). Work as a turning point for criminal offenders. *Corrections Management Quarterly*, 5, 1-16.

Universidad Diego Portales [UDP] (2019). Informe anual sobre los derechos humanos en Chile 2019. (109), 447- 489.

Uthman, O. A., Oladimeji, O., & Nduka, C. (2017) Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: a systematic review and meta-analysis. *AIDS care*, 29(4), 489-497.

Valenzuela Hofstetter C, Valenzuela Cecchi B, Aedo M s, Rojas M, Azabache Caracciolo V, Pacheco Frez A, Martinez Mardones M. Lesiones traumáticas más frecuentes producidas en las cárceles de Santiago de Chile, un estudio observacional.. *Rev. Cirugía*. 2020; 72(2): 107-112.

Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada* (1a ed., 2a imp. ed.). Popular.

Varela-González, O., Algora-Donoso, I., Gutiérrez-Blanco, M., Larraz-Pascual, M. E., Barreales-Tolosa, L. & Santamaría-Morales, A. (2007). Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 38- 46.

Verger, P., Rotily, M., Prudhomme, J., & Bird, S. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *Journal of forensic sciences*, 48(3), 614–616.

Vertava Health. (2020, 21 julio). Post Incarceration Syndrome: Can This Affect Drug Addiction? [Accedido el 09/12/2020: [https://vertavahealth.com/dual-diagnosis/post-incarceration-syndrome/#:%7E:text=Post%20Incarceration%20Syndrome%20\(PICS\)%20is,solitary%20confinement%20and%20institutional%20abuse](https://vertavahealth.com/dual-diagnosis/post-incarceration-syndrome/#:%7E:text=Post%20Incarceration%20Syndrome%20(PICS)%20is,solitary%20confinement%20and%20institutional%20abuse), buscador: www.google.com]

Wacquant, L. (2010). *Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Gedisa, 446.

Wacquant, L. (2003). Toward a Dictatorship Over the Poor?: Notes on the Penalization of Poverty in Brazil. *Punishment & Society*, 5(2), 197–205.

Wallace, D., & Papachristos, A. V. (2014). Recidivism and the availability of health care organizations. *Justice Quarterly*, 31(3), 588-608.

Wallace, D., & Wang, X. (2020). Does in-prison physical and mental health impact recidivism?. *SSM-population health*, 100569.

Wright, J. & Boisvert, D. (2009). “What biosocial criminology offers criminology”, *Criminal Justice and Behavior*, 36(11), pp. 1228-1240.

UPFT Arica (2018) ¿Cómo funciona la red de psiquiatría forense en Chile? [Accedido el 20/10/2020: <http://upftarica.blogspot.com/2018/09/como-funciona-la-red-de-psiquiatria.html>, buscador www.google.com]

Wacquant, L. (2000). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires.

Walmsley, R. (2018). World female imprisonment list. World prison brief. Institution for Criminal Policy Research, 2.

Walmsley, R. (2018) World Prison Population List (WPPL). Institute for Criminal Policy Research (ICPR). University of London.

Walmsley R. (2009). World Prison Population List, Eighth Edition. King's College London International Centre for Prison Studies; [Accedido el 14/08/2012: http://www.prisonstudies.org/info/downloads/wppl-8th_41.pdf, buscador: www.google.com]

Wilper, A., Woolhandler, S., Himmelstein, D. (2009). The Health and Health Care of US Prisoners. Results of a Nationwide Survey. *Am J Public Health*: 99(4); 666-672.

World Health Organization [WHO] (2020). Preparedness, prevention and control of COVID-10 in prisons and other places of detention. Interim Guidance.

WHO (2014). Prisons and Health.

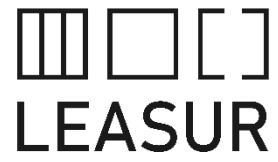
WHO (2011). Causes of death 2008: data sources and methods Department of Health Statistics and Informatics World Health Organization. Geneva: OMS, 1-28.

World Prison Brief. (2020). Prison Studies Database. 06/09/2020, de Institute for Crime & Justice Policy Research. University of London. Sitio web: <https://www.prisonstudies.org/>. Comentario: Datos recopilados de 223 países de 2015- 2019. Suma total mundial: 11.083.229 personas en cárceles.

Zabala Baños, M. C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Doctoral dissertation. Universidad Complutense de Madrid.

Zheng, Zhen (2016). " Assessing Inmate Cause of Death: Deaths in Custody Reporting Program and National Death Index". Bureau of Justice Statistics.

Zlodre, J., & Fazel, S. (2012). All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. American journal of public health, 102(12), e67-e75.



[@leasurong](https://www.instagram.com/leasurong)



[@leasur.org](https://www.facebook.com/leasur.org)



www.leasur.cl



contacto@leasur.cl