



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE DERECHO

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PENALES

**ANÁLISIS DEL DERECHO A LA SALUD DE MUJERES PRIVADAS DE
LIBERTAD**

Memoria para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales

Dafne Alexandra Escobar Salinas

Profesor Guía: Eduardo Sepúlveda Crerar

Santiago de Chile

2018

Esta tesis está dedicada a mis papás,
hermanas, hermano, tía Yasmín y abuelos;
por el amor y las risas.

Tabla de Contenidos

Portada	1
Agradecimientos	2
Tabla de Contenidos	3
Resumen	5
Introducción	6
Objetivos Generales	7
Objetivos específicos	7
Hipótesis.....	8
Metodología.....	8
Glosario	9
Capítulo 1: Ordenamiento Jurídico Nacional e Internacional respecto del Derecho a la salud de las mujeres privadas de libertad	10
1.Marco Normativo Internacional relacionado con la salud de personas privadas de libertad 10	
1.1. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	10
1.2. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.....	11
1.3. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de las personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.....	14
1.4. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos	15
3.Marco jurídico Internacional relacionado con la igualdad de género y la no discriminación hacia la mujer	17
3.1. Convención Americana de Derechos Humanos	17
3.2. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	18
3.3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer	20
3.4. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes o Reglas de Bangkok.....	22

2.Ordenamiento Jurídico Nacional	26
2.1. Constitución Política de la República	26
2.2. Código Penal	28
2.3. Decreto Ley 2859 del 12 de septiembre de 1979.....	28
2.4. Decreto Supremo 518 del 21 de agosto de 1998	29
Capítulo 2: El Derecho a la Salud de las Mujeres Privadas de Libertad	34
2.1 Aspectos generales.	34
2.2. Dimensiones de la vida carcelaria que tienen incidencia en la salud	38
2.2.1. Sobrepoblación y Hacinamiento.....	38
2.2.2. Infraestructura Carcelaria.....	41
2.2.3. Alimentación	43
2.3 Situación de la mujer en recintos penitenciarios	45
2.4 Caracterización de mujeres en recintos penitenciarios	46
Capítulo III: Salud Femenina	50
3.1 Enfermedades de transmisión sexual.....	51
3.2 Salud Mental	53
3.3 Derechos sexuales y reproductivos	55
3.3.1 Visitas Íntimas.....	56
3.3.2 Reclusas Embarazadas	57
3.3.3 Maternidad	59
3.4 Grupos de riesgo	61
3.4.1 Adolescentes	61
3.4.1.3 Adultas mayores	64
Conclusiones	65
Bibliografía	69

Resumen

En la presente memoria se analizará el derecho a la salud de mujeres privadas de libertad. Para tales efectos, se abordará la normativa nacional e internacional pertinente.

Se expondrán las condiciones de vida que se desarrollan en las cárceles y cómo estas inciden en la salud de los internos y las internas.

Finalmente, se estudiarán las particularidades que rodean la salud femenina y, con ello, la necesidad de incorporar políticas penitenciarias con enfoque de género.

Introducción

Históricamente la comisión de delitos y las penas de privación de libertad se han asociado a ámbitos estrictamente masculinos. Durante las últimas décadas se ha producido un cambio en la composición de la población penal, incorporándose al sistema carcelario un grupo no menor de mujeres infractoras.

Con el aumento de la participación de la mujer en la vida delictiva, los recintos penitenciarios y políticas carcelarias han tenido que adaptarse a ciertos aspectos particulares de las mujeres, como, por ejemplo, el ejercicio de la maternidad. Si bien, esta es solo una de las dimensiones que hemos de considerar al estudiar a las mujeres privadas de libertad, sigue siendo el tema más normado y abordado por la literatura especializada.

Pesa sobre las mujeres en general, un potente mandato social por condescender con el rol de género construido y asignado a través de la historia. Por tanto, resulta fuertemente estigmatizador para las internas abandonar sus papeles de madre y esposa y, de esta manera, contravenir valores avalados por sociedades patriarcales como la nuestra.

Bajo este panorama, el ejercicio de derechos sociales se hace muchas veces complejo para la población femenina. Particularmente, el derecho a la salud está condicionado por la capacidad económica de las mujeres que, resulta ser, considerablemente menor que la de los hombres. La situación se agudiza en contextos carcelarios, dado que la misma estructura física y administrativa de los establecimientos penitenciarios han sido concebidos bajo una visión netamente masculina.

En virtud de esos antecedentes se analizará el ejercicio del derecho a la salud de las reclusas, los principales obstáculos a los que deben enfrentarse, sus particularidades y recomendaciones para mejorar el sistema.

Objetivos Generales:

1. Analizar las disposiciones legales nacionales e internacionales que configuren el marco normativo aplicable al derecho a la salud de mujeres privadas de libertad.
2. Analizar las condiciones de vida que se desarrollan en recintos penitenciarios y que tengan incidencia directa en la salud de los internos y las internas.
3. Analizar la salud femenina y sus particularidades.

Objetivos específicos:

1. Analizar la situación general de las mujeres privadas de libertad y las características sociodemográficas de las reclusas.
2. Analizar la salud femenina en cuanto a enfermedades de transmisión sexual, salud mental y derechos sexuales y reproductivos.
3. Analizar grupos más vulnerables dentro de la población penal femenina (adolescentes y adultas mayores).

Hipótesis

1. La reglamentación nacional e internacional está enfocada en el rol reproductor de la mujer, lo que resulta insuficiente para responder ante otros aspectos relevantes de la población penal femenina en contextos de encierro.
2. Las mujeres tienen particularidades biológicas y sociales que hacen necesaria la implementación de políticas penitenciarias con enfoque de género.

Metodología

Para la elaboración de la presente investigación se recopilaron antecedentes bibliográficos de carácter documental que se vincularan con la situación crítica que se presenta dentro de las cárceles, y que, además diera cuenta de cómo el grupo específico de las mujeres debe hacer frente a esas vicisitudes.

A esta revisión doctrinaria se le sumo la indagación de los textos de carácter normativo que fueran pertinentes en las temáticas estudiadas.

La información recopilada se analizó mediante un método inductivo, a través del estudio de antecedentes particulares que permitieran la formulación de conclusiones generales.

Glosario

CCP: Centro de Cumplimiento Penitenciario

CDP: Centro de Detención Preventiva

CPR: Constitución Política de la República

DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales

DS: Decreto Supremo

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

GENCHI: Gendarmería de Chile

INDH: Instituto Nacional de Derechos Humanos

OEA: Organización de Estados Americanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

SENAME: Servicio Nacional de Menores

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TC: Tribunal Constitucional

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Capítulo 1: Ordenamiento Jurídico Nacional e Internacional respecto del Derecho a la salud de las mujeres privadas de libertad

1. Marco Normativo Internacional relacionado con la salud de personas privadas de libertad.

1.1. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los derechos económicos, sociales y culturales son considerados derechos de igualdad material y que tienen por objeto la satisfacción de las necesidades básicas de las personas y el máximo nivel posible de vida digna¹.

El Pacto fue aprobado por Naciones Unidas en 1966 y ratificado por Chile en 1972. Dentro de las garantías que establece se refiere específicamente al derecho a la salud y menciona explícitamente cuáles son las medidas que deberán tomar los Estados partes en la protección de este derecho.

Art. 12:

- 1- Los Estados Partes 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 Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

¹ ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 3 de enero de 1976. P. 6. [en línea]
<http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf> [Consulta: 24 de mayo de 2018]

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

1.2. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.

Instrumento aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 2008, y que contiene principios generales de trato humano a personas en recintos penitenciarios.

A propósito, el mismo documento reconoce “el derecho fundamental que tienen todas las personas privadas de libertad a ser tratadas humanamente, y a que se respete y garantice su dignidad, su vida y su integridad física, psicológica y moral.”

Asimismo, se consagra el derecho de todo prisionero a que se le practique un examen médico o psicológico, inmediatamente después de su ingreso al

establecimiento de reclusión. Dicho examen tiene por objeto constatar el estado de salud física o mental e identificar cualquier tipo de herida o señal de torturas².

El Principio X engloba de forma integral el derecho a la salud de los internos, logrando identificarse en él cuáles son los contenidos mínimos que se deben considerar.

Principio X: Salud

Las personas privadas de libertad 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 salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y 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 prácticas³.

² COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Principios y Buenas Prácticas sobre las Personas Privadas de Libertad en las Américas. 31 de marzo de 2008. Principio IX número 3. [en línea] <<http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>> [consulta: 23 de mayo de 2018]

³ Ibid. principio X.

Cabe destacar que el mismo principio abordado reconoce explícitamente el derecho de mujeres y niñas internas a una atención médica especializada y acorde a sus características biológicas específicas.

(...)

Las mujeres y las niñas privadas de libertad tendrán derecho de acceso a una atención médica especializada, que corresponda a sus características físicas y biológicas, y que responda adecuadamente a sus necesidades en materia de salud reproductiva. En particular, deberán contar con atención médica ginecológica y pediátrica, antes, durante y después del parto, el cual no deberá realizarse dentro de los lugares de privación de libertad, sino en hospitales o establecimientos destinados para ello. En el caso de que ello no fuera posible, no se registrará oficialmente que el nacimiento ocurrió al interior de un lugar de privación de libertad⁴.

En otros apartados del instrumento se hace mención a la alimentación de los internos, enfatizando en que esta debe cumplir con estándares óptimos de cantidad, calidad e higiene. Asimismo, se debe procurar por respetar aquellas dietas especiales que hayan sido determinadas por criterios médicos⁵.

⁴ Ibid. principio X n°4.

⁵ Ibid. principio XI.

1.3. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de las personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1982, tienen por objeto mandar al personal médico para que, en el ejercicio de su profesión respecto de personas condenadas a penas de cárcel, no incurra en acciones de mal trato u omisiones que puedan afectar la salud del paciente. En este sentido, se recalca que ni médicos ni otros profesionales del área pueden ejercer con una calidad de atención distinta de aquella que se proporciona a cualquier persona en contextos de libertad.

Principio 2: Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos⁶.

⁶ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente a los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. 18 de diciembre de 1982. Principio 2. [en línea] <<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>> [Consulta: 16 de junio de 2018]

1.4. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos

Fueron adoptadas inicialmente por el Primer Congreso de Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en 1957. A partir del 2015, y luego de una adecuación por parte de la Asamblea General, pasaron a denominarse “Reglas Mandela”, en homenaje al legado del difunto Presidente de Sudáfrica.

Tienen por objeto establecer estándares mínimos y universalmente reconocidos para la reclusión de presos, y configura guías que sirven de base para la formulación de políticas penitenciarias y un ejercicio de la administración carcelaria acorde con la dignidad inherente de toda persona.

Entre la Regla 24 y la 35 inclusive, se trata lo relativo a servicios de salud en el ámbito penitenciario. En general, contiene disposiciones sobre la dotación de personal médico, infraestructura e insumos indispensables. Además, reitera la idea de que la calidad de la atención no puede ser menor en relación con la que se provee en espacios de libertad⁷.

Respecto a la situación de las mujeres, el instrumento se centra en los cuidados pre y post natal y en procurar brindar la infraestructura adecuada para un ejercicio de la maternidad lo más cómodo posible que sirva de garantía para la protección del bien superior del niño.

⁷ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos. Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Reglas 24 a 35. [en línea] <<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/treatmentofprisoners.aspx>> [Consulta: 18 de junio de 2018]

Regla 28: En los establecimientos penitenciarios para mujeres habrá instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las reclusas durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después. En la medida de lo posible, se procurará que el parto tenga lugar en un hospital civil. Si el niño nace en prisión, no se hará constar ese hecho en su partida de nacimiento⁸.

Regla 29:

1. Toda decisión de permitir que un niño permanezca con su madre o padre en el establecimiento se basará en el interés superior del niño. Cuando los niños puedan permanecer con su padre o madre, se tomarán disposiciones para:
 - a. Facilitar servicios internos o externos de guardería, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por su madre o padre.
 - b. Proporcionar servicios de atención sanitaria especiales para niños, incluidos servicios de reconocimiento médico inicial en el momento del ingreso y servicios de seguimiento constante de su desarrollo a cargo de especialistas.
2. Los niños que vivan en el establecimiento penitenciario con su madre o padre nunca serán tratados como reclusos⁹.

⁸ Ibid. Regla 28.

⁹ Ibid. Regla 29.

3. Marco jurídico Internacional relacionado con la igualdad de género y la no discriminación hacia la mujer

3.1. Convención Americana de Derechos Humanos¹⁰

La Convención es uno de los instrumentos más importantes en la protección de los derechos humanos en el continente americano, que además forma parte de una institucionalidad con facultades jurisdiccionales.

Se reconoce el principio de no discriminación en el Artículo 1 de la Convención:

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social¹¹.

Doctrinariamente se ha interpretado que la obligación de respetar implica el deber de los Estados de no violar ellos los derechos humanos. Por su parte, la

¹⁰ ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS. Convención Americana de Derechos Humanos. 22 de noviembre de 1969 [en línea]

<https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm>

[Consulta: 20 de junio de 2018]

¹¹ Ibid. Artículo 1.

obligación de garantizar exige que el Estado emprenda acciones que hagan posible el ejercicio de ese derecho¹². Por tanto, para el debido cumplimiento de dicho pacto es menester una actitud activa de parte del Estado, lo que conlleva poner en ejercicio políticas públicas concordantes con la igualdad y los derechos humanos.

3.2. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer¹³

Tratado internacional de las Naciones Unidas firmado en 1979, que tiene por objeto obligar a los Estados a tomar medidas concretas para establecer condiciones igualitarias entre hombres y mujeres, y los compele a abstenerse de incurrir en actos que generen segregación. Además, reconoce que “la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país...”¹⁴.

En su Artículo 1 expresa qué debe entenderse por “discriminación contra la mujer”, otorgándole así un contenido claro a la forma en que se manifiesta este tipo de desigualdad.

¹² MEDINA QUIROGA, Cecilia. Los 40 años de la Convención Americana sobre Derechos Humanos a la luz de cierta jurisprudencia de la Corte Interamericana. P. 21. [en línea] Anuario de Derechos Humanos 2009. <<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/126735/los-40-anos-de-la-convencion-americana-sobre-derechos-humanos-a-la-luz-de-cierta-jurisprudencia-de-la-Corte-Internacional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [consulta: 15 de mayo de 2018]

¹³ ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 18 de diciembre de 1979 [en línea] <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>> [Consulta: 18 de mayo de 2018]

¹⁴ Ibid. Preámbulo.

Artículo 1: A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera¹⁵.

La Comisión de la Situación Jurídica y Social de la Mujer, reunida por primera vez en febrero de 1949, fue la encargada de analizar y registrar la situación de la mujer a escala mundial, de tal forma que de ese estudio surgieron las directrices que sustentaron una codificación. En efecto, la Comisión elaboró los primeros instrumentos internacionales sobre los derechos de igualdad de género, como la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, entre otros. Estos esfuerzos permitieron que se concibiera la Convención de la referencia, cuyo Protocolo Facultativo introdujo el derecho a recurrir a órganos jurisdiccionales a mujeres víctimas de discriminación.

Sobre el derecho a la salud, la Convención en su artículo 12 manifiesta de forma categórica que es responsabilidad de los Estados partes asegurar condiciones de igualdad en el acceso a servicios de atención médica. Asimismo, los adherentes al tratado deben garantizar los cuidados adecuados con relación al embarazo, el parto y período post parto, asegurando una nutrición adecuada durante la gestación y la lactancia¹⁶.

¹⁵ Ibid. Artículo 1.

¹⁶ Ibid. Artículo 16.

3.3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer¹⁷

La denominada Convención Belém do Pará, suscrita en 1994, puntualiza en su preámbulo que la violencia contra la mujer constituye una violación contra los derechos humanos y una ofensa a la dignidad humana, además, es una manifestación de la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, que históricamente se han ido desarrollando.

En el artículo 1 del tratado, se define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño y sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”¹⁸.

Luego de abordar de manera general el derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de una serie de facultades no taxativas, la Convención consagra los deberes que específicamente competen a los Estados partes; quienes coinciden en adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y, con este fin, llevar a cabo un conjunto de medidas allí descritas¹⁹. Por ejemplo, velar por que las autoridades, funcionarios e instituciones actúen conforme a principios igualitarios.

¹⁷ ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. 9 de junio de 1994 [en línea] <<http://www.dpp.cl/resources/upload/files/documento/f8601fb8db94c62a136ea21cbc7f840c.PDF>> [Consulta: 12 de junio de 2018]

¹⁸ Ibid. Artículo 1.

¹⁹ Ibid. Artículos 7, 8 y 9.

Cabe destacar que la Convención parte de la premisa de que existe una relación de inferioridad de la mujer respecto del hombre, y que dicha asimetría conduce a situaciones de violencia y discriminación. Para suprimir estas condiciones que limitan el libre ejercicio de las libertades que detentan las mujeres, se mandata la implementación de medidas concretas. Sumado a eso, el Tratado admite que existen grupos singularmente vulnerables dentro del mismo género femenino, cuyo tratamiento demanda un especial cuidado. En efecto, las privadas de libertad forman parte de estos grupos más expuestos.

Artículo 9: Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras cosas, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad²⁰.

²⁰ Ibid. Artículo 9.

3.4. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes o Reglas de Bangkok²¹

La primera normativa sobre personas privadas de libertad corresponde a las Reglas Mínimas para el tratamiento de los Reclusos de 1955, hoy en día actualizadas por las denominadas Reglas Mandela. Sin perjuicio de que dicha reglamentación está dirigida a toda la población penitenciaria sin distinción, esta resulta insuficiente para atender las especificidades de las mujeres.

Durante el 2003 la Asamblea General de la ONU instó a los gobiernos a prestar mayor atención a la situación de las mujeres que se encontraban en prisión. Este fue el inicio de una serie de encuentros y discusiones que dieron origen a las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de libertad para las mujeres delincuentes o Reglas de Bangkok.

En su génesis, las denominadas Reglas de Bangkok, daban cuenta de una realidad; el menor número de mujeres reclusas respecto de los hombres limitaba la inversión de recursos en centros femeninos y en programas de reinserción o educativos. Estas reglas pasan a conformar directrices que deben ser incorporadas por los Estados en función de enfrentar las problemáticas específicas de las mujeres privadas de libertad. Para estos efectos, se revisan varios temas, como salud mental y femenina, vulnerabilidades y antecedentes de abuso físico y sexual, entre otros aspectos.

Entre los puntos planteadas cabe destacar la Regla 5 sobre Higiene Personal, en la que se consagra la exigencia de que las instalaciones cuenten con toallas

²¹ ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de libertad para las mujeres delincuentes. 10 de diciembre de 2010 [en línea] <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf> [Consulta: 13 de junio de 2018]

sanitarias gratuitas, y se provea de agua para el cuidado de niños y de las internas, sobre todo para las que cocinen, las embarazadas o para aquellas que se encuentren en periodo de lactancia o menstruación.

En lo que respecta a los servicios de salud, la reglamentación en comento se remite a lo ya expuesto en las Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos, y en complemento de estas adiciona elementos importantes a la etapa de registro del ingreso de las condenadas a penas de cárcel.

Regla 6: El reconocimiento médico de las reclusas comprenderá un examen exhaustivo a fin de determinar sus necesidades básicas de atención de salud, así como determinar:

- a) La presencia de enfermedades de transmisión sexual o de transmisión sanguínea y, en función de los factores de riesgo, se podrá ofrecer también a las reclusas que se sometan a la prueba del VIH, impartándose orientación previa y posterior;
- b) Las necesidades de atención de salud mental, incluido el trastorno postraumático del estrés y el riesgo de suicidio o lesiones autoinfligidas;
- c) El historial de salud reproductiva de la reclusa, incluidos un posible embarazo en curso y los embarazos anteriores, los partos y todos los aspectos conexos;
- d) La presencia de problemas de toxicomanía;
- e) Abuso sexual y otras formas de violencia que se hayan sufrido antes del ingreso²².

²² Ibid. Regla 6.

La Regla 7 contempla el caso en que una reclusa sufra de abuso sexual u otra forma de violencia durante su internación o antes de ella. Resulta imperativo para el Estado en estos casos, informar adecuadamente la posibilidad de recurrir a la justicia y hacer efectiva las acciones judiciales que correspondan. Además, las autoridades penitenciarias tienen la obligación de ayudar a la víctima a obtener asistencia jurídica²³.

El documento contiene, además, disposiciones respecto a la salud mental de las reclusas, quienes si deberán tener a su disposición “programas amplios de atención de salud y rehabilitación individualizados, que tengan en consideración las cuestiones de género y estén habilitados para el tratamiento de traumas²⁴”. Dicha medida reviste una vital importancia, dado que, en su mayoría, las mujeres que ingresan a recintos penitenciarios sufren graves problemas de salud mental asociados a episodios pasados o presentes de violencia, estigmatización social y separación de los grupos familiares.

También se enfatiza en la necesidad de aplicar estrategias para prevenir el suicidio y lesiones autoinfligidas entre las internas, las que deberán ser parte de toda una política de atención de salud mental en los centros de reclusión de mujeres²⁵. En este mismo sentido, el instrumento manifiesta que los servicios penitenciarios de salud deberán suministrar programas de tratamiento para el uso indebido de drogas, con especial observación de la posible revictimización de la mujer, las necesidades especiales de embarazadas, la presencia de niños y la diversidad de tradiciones culturales²⁶.

²³ Ibid. Regla 7.

²⁴ Ibid. Regla 12.

²⁵ Ibid. Regla 16.

²⁶ Ibid. Regla 15.

En lo que concierne a enfermedades de transmisión sexual y presencia de VIH/SIDA, se hace hincapié en la importancia de la prevención, tratamiento, atención y apoyo, como medidas indispensables para enfrentar este tipo de situaciones.

Regla 14: Al preparar respuestas ante el VIH/SIDA en las instituciones penitenciarias, los programas y servicios deberán orientarse a las necesidades propias de las mujeres, incluida la prevención de la transmisión de madre a hijo. En ese contexto, las autoridades penitenciarias deberán alentar y apoyar la elaboración de iniciativas sobre la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, como la educación por homólogos²⁷.

Regla 17: Las reclusas recibirán educación e información sobre las medidas de atención preventiva de salud, inclusive en relación con el VIH y las enfermedades de transmisión sexual y de transmisión sanguínea, así como los problemas de salud propios de la mujer²⁸.

Estas Reglas de Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas constituyen la base para cualquier política pública que tenga por objeto la igualdad de género en contextos de encierro, dado que en su génesis reconoce la situación de desigualdad entre hombres y mujeres.

Para hacer frente a la dinámica androcentrista imperante, las Reglas Bangkok buscan destacar lo importante que es entender la salud de la mujer como algo que requiere una forma diferente de abordar el tema, precisamente porque por

²⁷ Ibid. Regla 14.

²⁸ Ibid. Regla 17.

cuestiones biológicas y sociales, hay ciertas patologías o cualidades que con frecuencia se ven solo o más en mujeres, y que por mucho tiempo han sido invisibilizadas. Un ejemplo de ello dice relación con el cáncer y la urgencia de medidas de prevención y tratamiento oportuno.

Regla 18: Las reclusas tendrán el mismo acceso que las mujeres de su edad no privadas de libertad a intervenciones de atención preventiva de la salud pertinentes a su género, como pruebas de Papanicolau y exámenes para la detección de cáncer de mama y otros tipos de cáncer que afecten a la mujer²⁹.

2. Ordenamiento Jurídico Nacional

2.1. Constitución Política de la República

Como ley fundamental del ordenamiento jurídico establece las bases que configuran al Estado, fija los atributos y restricciones de los poderes públicos y, además, contiene los derechos y deberes básicos de cada persona.

Al consagrar los Derechos Fundamentales en el catálogo del Art. 19, en su numerando primero se refiere específicamente al respeto por la integridad física y psíquica que detenta toda persona solo por el hecho de ser tal³⁰.

²⁹ Ibid. Regla 18.

³⁰ Constitución Política de la República de Chile. 8 de agosto de 1980 [en línea] <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>> [Consulta: 20 de junio de 2018]

La protección a la integridad tiene directa relación con la conservación del bienestar físico y salud mental de los privados de libertad, en cuanto es deber del Estado promover ese respeto y asegurar las condiciones adecuadas para el ejercicio del derecho a la salud.

En el Art. 19 n° 9 se encuentra explicitado el derecho a la protección de la salud.

9° El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea éste estatal o privado.

Si bien la doctrina no siempre ha sido conteste en determinar cuál es el objeto del derecho a la salud, el Tribunal Constitucional se ha manifestado al respecto en diversas oportunidades. En fallos sobre inaplicabilidad por inconstitucionalidad del Art. 38 ter de la Ley de Isapres ha señalado que el derecho

a la salud implica tanto conductas activas como pasivas por parte del Estado y que, por tanto, es perfectamente exigible^{31 32}.

2.2. Código Penal

El Código Penal en su artículo 80, señala que será las penas solo podrán ser ejecutadas en la forma en que haya sido prescrita por la ley. Luego, en su Art. 87 determina que tanto menores de veintiún años como mujeres cumplirán sus condenas en establecimientos especiales. Si estos no llegasen a existir, entonces, debe asignárseles un espacio separado en los recintos penales comunes³³.

2.3. Decreto Ley 2859 del 12 de septiembre de 1979

Gendarmería es el servicio público dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos que, según sus objetivos, “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 le señale la ley”³⁴.

³¹Tribunal Constitucional. Sentencia Rol: 1710 – 10, 6 de agosto de 2010. C° 119.

³² Tribunal Constitucional. Sentencia Rol: 976 – 07, 26 de junio de 2008. C° 24.

³³ Código Penal. 12 de noviembre de 1874. Arts. 80 y 87. [en línea]
<<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>> [Consulta: 19 de junio de 2018]

³⁴ DL N° 2.859. Fija Ley Orgánica de Gendarmería de Chile. 12 de septiembre de 1979. Art. 1 [en línea] <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=7015>> [Consulta: 20 de junio de 2018]

En la misma normativa se pone de manifiesto el derecho que tienen los privados de libertad de acceder de forma gratuita a los servicios de salud que conforman la Red Asistencial dependiente del Ministerio de Salud. Así se dispone explícitamente en el:

Artículo 20: Los establecimientos regidos por el Capítulo II del Libro I del decreto con fuerza de ley n°1, de 2005, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública prestarán atención sanitaria gratuita a las personas detenidas o privadas de libertad sometidas a la guarda de Gendarmería, a menos que ellos tengan derecho a la misma en virtud de su afiliación previsional o por otra causa.

Lo anterior es sin perjuicio de la atención que a tales personas puedan prestar los Centros Médicos de Gendarmería de Chile, la cual se hará extensiva al personal de la institución³⁵.

2.4. Decreto Supremo 518 del 21 de agosto de 1998

En dicho DS se aprueba el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios y se regula la actividad penitenciaria cuyo fin es la atención, custodia y asistencia de detenidos y condenados, además, de la reinserción social de sentenciados a penas de cárcel o sustitutivas de ellas³⁶.

³⁵ Ibid. Art. 20.

³⁶ DS 518. Aprueba Reglamento de Establecimientos Penitenciarios. 21 de agosto de 1998. Art. 1 [en línea] <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=123280>> [Consulta: 23 de junio de 2018]

El mismo cuerpo legal reafirma que, no obstante, la pérdida de la libertad el interno mantiene su calidad idéntica a la de los ciudadanos libres³⁷. Asimismo, enfatiza que toda actividad penitenciaria deber llevarse a cabo con el debido respeto a la Constitución, tratados internacionales ratificados y que se encuentren vigentes, leyes, reglamentos y sentencias judiciales³⁸.

De conformidad al cumplimiento de los Derechos Humanos y a la dignidad de las personas, el artículo 6 del mencionado Reglamento en su inciso primero proscrib e cualquier tipo de trato vejatorio hacia los privados de libertad:

Art. 6 inc 1: Ningún interno será sometido a torturas, a tratos crueles, inhumanos o degradantes, de palabra u obra, ni será objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas del presente Reglamento³⁹.

Cabe señalar que cuando una persona es detenida o condenada a penas privativas de libertad el responsable de atender a las necesidades básicas de ese sujeto es el Estado, es decir, es la administración penitenciaria la que debe procurar por mantenerle al prisionero cierto estándar de vida compatible con la dignidad. Dicha obligación queda plasmada en el Reglamento:

Art. 6 inc 3: La Administración Penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos y permitirá el ejercicio de los derechos compatibles con su situación procesal⁴⁰.

Al ingreso de un interno, Gendarmería debe elaborar una ficha única individual en la que conste la identificación del sujeto y otros datos relevantes,

³⁷ Ibid. Art. 2.

³⁸ Ibid. Art. 4.

³⁹ Ibid. Art. 6 inc 1.

⁴⁰ Ibid. Art. 6 inc 3.

entre ellos su estado de salud⁴¹. Además, en caso de que deban realizarse registros corporales, el Reglamento instruye que este debe ser realizado por funcionarios del mismo sexo de la persona a quien se registra⁴².

A propósito de la atención médica de los internos, el Reglamento indica de manera general cómo proceder en caso de que esta se haga necesaria:

Art. 34: Los internos que requieran tratamiento y hospitalización serán atendidos en las unidades médicas que existan en el establecimiento penitenciario. En los establecimientos penitenciarios en que se ejecute un contrato de concesión, se estará además, a lo que establezca el respectivo contrato respecto de la atención médica⁴³.

El artículo 35 del citado texto legal menciona los casos excepcionales en que se podrá autorizar la internación de penados en centros hospitalarios externos. Se establecen requisitos que podrían demorar la atención médica y con ello vulnerar la salud de los reclusos en los casos en que la hospitalización sea indispensable. Se exige específicamente la autorización del Director Regional de Gendarmería, previa certificación efectuada por personal médico del Servicio. Sin perjuicio de ello, tratándose de casos graves que no puedan ser revisados en la unidad médica del establecimiento, el Jefe del recinto podrá autorizar la salida, la que deberá ser ratificada por el Director Regional de Gendarmería dentro de las 48 horas siguientes.

Para quienes se encuentren en prisión preventiva, la ley le concede al juez de la causa la facultad de autorizar las salidas en casos graves de enfermedad o

⁴¹ Ibid. Art. 26.

⁴² Ibid. Art 27 bis.

⁴³ Ibid. Art. 34.

accidentes. El Jefe del Establecimiento podrá permitir bajo su propia responsabilidad las salidas sin la orden judicial, siempre cuando se trate de una urgencia, se tomen las medidas de seguridad correspondientes, no se entorpezca el actuar de la justicia y se dé cuenta de forma inmediata al Director Regional de Gendarmería⁴⁴.

Sobre la situación particular de mujeres privadas de libertad, el aludido Reglamento hace acotadas menciones.

Art. 19: Los establecimientos penitenciarios destinados a la atención de mujeres se denominan Centros Penitenciarios Femenino (C.P.F) y en ellos existirán dependencias que contarán con espacios y condiciones adecuados para el cuidado y tratamiento pre y post-natal, así como para la atención de hijos lactantes de las internas.

En aquellos lugares en que no existan estos Centros, las internas permanecerán en dependencias separadas del resto de la población penal, sin perjuicio de que se incorporen a actividades conjuntas con la población penal masculina.

Toda vez que ingrese una interna con hijos lactantes, el Jefe del Establecimiento deberá comunicar de inmediato este hecho al Servicio Nacional de Menores para los efectos de la respectiva subvención y de los programas o medidas que dicha Institución deberá desarrollar para el adecuado cuidado de los niños.

⁴⁴ Ibid. Art. 38.

En los establecimientos en que se ejecute un contrato de concesiones, se estará además a lo que éste establezca respecto del cuidado, residencia y atención del lactante⁴⁵.

Luego, en el artículo 86, al regular la visita diaria obligatoria del personal médico a quienes sean sancionados a celda de castigo, se estipula que dicha penalización no podrá aplicarse a mujeres embarazadas y hasta seis meses después del término del embarazo, a las madres lactantes, y a las que tuvieran hijos consigo.

⁴⁵ Ibid. Art. 19.

Capítulo 2: El Derecho a la Salud de las Mujeres Privadas de Libertad

2.1 Aspectos generales.

En la Constitución Política de la República, el derecho a la salud se encuentra contenido en el catálogo de derechos que detenta toda persona por el solo hecho de ser tal; específicamente en su Art. 19 n° 9, ya señalado a propósito del ordenamiento jurídico nacional.

Por su parte, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental consistente en el goce del grado máximo que se puede lograr por todo ser humano. Asimismo, define a la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁴⁶.

Tal como está formulado en nuestra Carta Fundamental, el derecho a la protección de la salud implica tanto actitudes pasivas como activas de parte del Estado. Es decir, el derecho no se consagra como una mera aspiración o una declaración de principios, sino que establece un esquema de deberes exigibles al Estado.

⁴⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 7 de abril de 1948. P 1. [en línea] <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>[consulta: 3 de mayo de 2018]

El art. 19 n°9 CPR, explícitamente manifiesta las siguientes obligaciones:

- a) Obligación de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo.
- b) Obligación de coordinar y controlar las actividades relacionadas con la salud.
- c) Obligación preferente de garantizar la ejecución de acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas.

Cabe señalar que, si bien el ordenamiento jurídico faculta a los particulares para ser proveedores de bienes y servicios de salud, el mismo texto constitucional se encarga de señalar que el primer llamado a cumplir con ese deber es el Estado.

En el ámbito del derecho internacional, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha sido ratificado por Chile y que se encuentra vigente, recoge la protección al derecho a la salud⁴⁷.

El Comité sobre el Pacto de DESC en su Observación General, declara:

“El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, 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 salud

⁴⁷ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. *Pacto Internacional de Derechos Económicos...* Op cit. Art. 12 n° 1 y 2.

que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel de salud posible”⁴⁸

Por su parte, el Tribunal Constitucional se ha pronunciado respecto al derecho a la salud a propósito de requerimientos de inaplicabilidad del Art. 38 ter de la Ley de Isapres. En este sentido, el TC ha reconocido el derecho a la salud como derecho social exigible de carácter prestacional o de segunda generación, que implica tanto obligaciones positivas como negativas para el Estado⁴⁹. Además, el mismo órgano jurisdiccional ha precisado que el derecho a la salud se halla indefectiblemente ligado a otros derechos fundamentales, tales como el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica⁵⁰.

El rol del Estado en el ámbito de la salud se ha ido matizando con el tiempo mediante el desarrollo normativo, procurando su ampliación, y a través del recurso de protección que se ha extendido para estos efectos. Esto se debe principalmente a que, desde la Constitución del 1980, el capítulo de los derechos fundamentales con contenido social no ha experimentado modificaciones importantes, por tanto, los avances han tenido que llevarse a cabo en el terreno de la ley y la jurisprudencia⁵¹.

Los derechos civiles y políticos son exigibles judicialmente a través del recurso de protección del Art. 20 de la Constitución. En el caso del derecho a la salud, dicho recurso procede solo en el caso de la libertad de elegir entre afiliarse

⁴⁸ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Observación General Número 14 párrafo 8. 11 de agosto de 2000 [en línea] <<http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>> [consulta: 26 de mayo de 2018]

⁴⁹ Tribunal Constitucional. Rol n° 1218-0. 7 de julio de 2009. C° 23.

⁵⁰ Tribunal Constitucional. Rol n° 1287-08. 8 de septiembre de 2009. C°s. 16 – 37.

⁵¹ ALLARD S, Raúl, HENNING L, Mónica, GALDÁMEZ Z, Liliana. El Derecho a la Salud y su (des) protección en el Estado Subsidiario. Estudios Constitucionales, Universidad de Talca, Año 14, N° 1, 2016. p. 102. [en línea] <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/estconst/v14n1/art04.pdf>> [consulta: 16 de mayo de 2018]

al sistema estatal o privado. Tradicionalmente en nuestro país, los tribunales han acogido presentaciones por vía de la acción de protección fundada en el derecho a la vida.

Dada la forma acotada en que el derecho a la protección de la salud es plasmado en la ley fundamental, que se refiere más a las obligaciones que competen al Estado que al contenido del derecho en general, es que se hace necesario recurrir a instrumentos de carácter internacional. En este sentido, la doctrina, a través de la interpretación de dichos documentos, ha llegado a definir la estructura del derecho a la salud:

- a) Titular del derecho: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
- b) Destinatario del derecho: Es el sujeto llamado a cumplir con las obligaciones que emanan del derecho. Tratándose de la salud, el principal obligado es el Estado, sin perjuicio de lo dispuesto en el Art. 19 n° 9 CPR, respecto a la libertad de afiliación.
- c) Objeto: Consiste en la regulación de la conducta de un tercero⁵².

⁵²FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, Rodolfo. El Derecho a la Salud. Rodolfo Figueroa. *Estudios constitucionales*. 2013, vol.11, n.2 [en línea] <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 15 de mayo de 2018]

2.2. Dimensiones de la vida carcelaria que tienen incidencia en la salud

2.2.1. Sobre población y Hacinamiento

Latinoamérica se ha caracterizado por manifestar un aumento de los índices de penas privativas de libertad durante las últimas décadas. Chile tiene uno de los más altos de la región, y experimentó un gran aumento de población penitenciaria desde al menos la década de los ochenta, produciéndose un fenómeno conocido como “inflación carcelaria”, lo que se traduce en un desfase entre el aumento de la población privada de libertad y el crecimiento demográfico de un país⁵³.

En efecto, en la década de los ochenta el incremento de los reclusos fue de un 65%, en circunstancias que la población chilena tuvo un incremento nominal de un 16%. Por su parte, durante los noventa, el aumento carcelario total fue de un 33%, mientras que el crecimiento poblacional del país fue de un 16,5%⁵⁴.

De acuerdo con el Consejo para la Reforma Penitenciaria convocado por el Ministerio de Justicia en junio de 2009, el aumento exponencial de la colectividad penitenciaria se debe, en parte, al énfasis de la privación de libertad como respuesta penal y a una baja en la adopción de beneficios intrapenitenciarios. A esto hay que sumarle que se ha evidenciado una drástica disminución del traslado

⁵³ Centro de Políticas Públicas UC. Sistema Carcelario en Chile: propuestas para avanzar hacia una mayor efectividad y reinserción. Marzo de 2017. p 3. [en línea] <<https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2017/05/Art%C3%ADculo-Sistema-carcelario-en-Chile.pdf>>[consulta: 1 de junio de 2018]

⁵⁴ SALINERO ECHEVERRÍA, Sebastián. ¿Por qué aumenta la población penal en Chile? Un estudio criminológico longitudinal. *Ius et Praxis*. 2012, vol.18, n.1. [en línea] <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122012000100005> [consulta: 1 de junio de 2018]

de internos a los centros de educación y trabajo que, si bien, tienen cupos reducidos, no logran completar su capacidad⁵⁵.

Hablamos de sobrepoblación penal cuando hay una inadecuación en un tiempo determinado del total de población detenida en centros penitenciarios y el número de plazas o camas disponibles⁵⁶. En nuestro país el promedio nacional de sobrecupo es de un 47%, sin perjuicio de que algunos organismos sobrepasan el 150% de su capacidad⁵⁷. Datos como estos quedaron al descubierto durante el 2017 en el informe realizado por los Fiscales Judiciales, que describe como de “alto nivel” el índice de hacinamiento.

A modo de ejemplo, en el Centro de Detención Preventiva de Santiago Sur (Ex Penitenciaría de Santiago) la capacidad es de 2.384 internos; al momento de la visita de fiscalización en julio de 2017, se encontraban albergados un total de 4.486 reclusos, lo cual implica una sobrepoblación de más del 88%⁵⁸.

A mayor abundamiento, el Centro Penitenciario de Copiapó, con espacio para 242 personas reclusas, registró una cantidad de 453 al momento de la visita, lo que implica una diferencia de más del 87%⁵⁹.

Tal como muestra la tabla a continuación, al 30 de abril de 2018, Gendarmería de Chile atendió un total de 139.612 personas, casi el doble que las

⁵⁵ Consejo para la Reforma Penitenciaria. Recomendaciones para una nueva política penitenciaria. Marzo de 2010. p. 22. [en línea] <https://www.cesc.uchile.cl/Informe_CRPenitenciaria.pdf> [consulta: 2 de junio]

⁵⁶ SALINERO ECHEVERRÍA. Op. Cit.

⁵⁷ FISCALÍA JUDICIAL DE LA CORTE SUPREMA. Informe Visitas Recintos Carcelarios 2017. Oficio 14- 2018. 16 de febrero de 2018. p.5 [en línea]

<https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180219/asocfile/20180219123321/informe_fiscalia_carceles.pdf> [Consulta: 28 de mayo de 2018]

⁵⁸ Ibid. p. 4.

⁵⁹ Ibid.

atendidas en el año 2000 en el que se constataron 66.601 personas⁶⁰. Este aumento que se ha manifestado durante las últimas décadas se intensificó con la implementación de la reforma procesal penal, dado que, buscando una mayor eficiencia de los tribunales, la reforma supuso un incremento de las sentencias condenatorias.

El sobrecupo penitenciario tiene efectos nocivos sobre la salud, la mala ventilación, la escasa luminosidad y falta de tiempo al aire libre favorecen la propagación de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias. Se ha comprobado que, tanto los problemas respiratorios como los síntomas de tuberculosis pulmonar, son considerablemente más frecuentes en ambientes de encierro. También, en prisiones colapsadas aumenta la probabilidad de contraer parasitosis e incurrir en conductas sexuales riesgosas⁶¹.

La implementación del nuevo sistema procesal penal junto a una política criminal persecutoria, han tenido como consecuencia atiborrar los centros de reclusión, a tal punto que se ha vulnerado sistemáticamente la dignidad de los internos. A juicio de Alicia Salinero, experta profesional de la Defensoría Penal Pública, existen mecanismos que, de ponerse en marcha, ayudarían a apaciguar la situación, a saber, son los permisos de salida y la libertad condicional⁶².

⁶⁰ GENDARMERÍA DE CHILE. Estadísticas y Publicaciones [En línea]<<http://www.gendarmeria.gob.cl/>> [Consulta: 28 de mayo de 2018]

⁶¹ GARCIA-GUERRERO, J. y MARCO, A. Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. Rev. esp. sanid. penit. 2012, vol.14, n.3 [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000300006> [consulta: 3 de junio de 2018]

⁶² SALINERO, Alicia. Hacinamiento y Afectación de Derechos. Revista 93, N°5, mayo de 2011. p. 47 [en línea] <<http://www.dpp.cl/resources/descargas/revista93/revista93n5.pdf>> [consulta: 3 de junio de 2018]

2.2.2. Infraestructura Carcelaria

La infraestructura de una entidad penitenciaria dice relación con el alojamiento, la ventilación, la iluminación natural y disponibilidad de cama o colchonetas, entre otros aspectos. Sobre este tema, las hoy denominadas Reglas Mandela declaran:

Regla 13: Los locales de alojamiento de los reclusos, y especialmente los dormitorios, deberán cumplir con todas las normas de higiene, particularmente a lo que respecta a las condiciones climáticas y, en concreto, al volumen de aire, la superficie mínima, la iluminación, la calefacción y la ventilación⁶³.

Regla 14: En todo local donde vivan o trabaje reclusos:

- a) Las ventanas serán suficientemente grandes para que puedan leer y trabajar con luz natural y estarán construidas de manera que pueda entrar aire fresco, haya o no ventilación artificial;
- b) La luz artificial será suficiente para que puedan leer y trabajar sin perjudicarse la vista⁶⁴.

De conformidad a un estudio general elaborado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile entre el 2014 y el 2015, la realidad dista mucho del ideal enunciado en las Reglas Mandela. En efecto, los observadores constatan en sus informes la existencia de filtraciones de agua, nulos sistemas de calefacción

⁶³ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. *Reglas Mínimas para el tratamiento...* Op cit. Regla 13.

⁶⁴ Ibid. Regla 14.

en regiones en donde se hace indispensable, altos niveles de humedad, presencia de conexiones eléctricas artesanales, falta de luz natural y ventilación, entre otros⁶⁵. Asimismo, la Fiscalía Judicial de la Corte Suprema en su informe de 2017 deja en evidencia las severas deficiencias en infraestructura, particularmente en cuanto a problemas de alcantarillado, insuficiente número de baños, fugas de agua y carencia de espacios destinados a servir los alimentos⁶⁶.

A mayor abundamiento, de las visitas registradas por el INDH en la sección femenina del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Cauquenes, se advirtieron situaciones como estas: “El dormitorio colectivo para internas que trabajan en la Unidad Penal consiste en una habitación de 6 por 4 metros, donde se observan tres camarotes de dos camas cada uno (seis camas en total). A través de las entrevistas con las internas, se conoce que en ese dormitorio habitan siete internas, por lo que una de ellas no dispone de cama”⁶⁷.

En cuanto a las instalaciones sanitarias, las Reglas Mandela señalan que estas deben ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades de forma oportuna, aseada y decente⁶⁸.

En contravención a lo prescrito por las Reglas Mandela, solo el 3,7% de los centros de reclusión dispone de un suministro de agua potable permanente y

⁶⁵ INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2014- 2015. Santiago. Diciembre de 2017. p. 57 [En línea]
<<http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/1136/estudio-general.pdf?sequence=1>>
[Consulta: 6 de junio de 2018]

⁶⁶. FISCALÍA JUDICIAL DE LA CORTE SUPREMA. *Informe Visitas Recintos...* Op cit. p 14.

⁶⁷ INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. *Estudio de las Condiciones...* Op cit. p 60.

⁶⁸ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. *Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos...* Op cit. regla 13.

puntos de acceso a agua caliente⁶⁹. Por su parte, la Cruz Roja Internacional, ha manifestado que en los recintos penitenciarios debe proporcionarse agua con un caudal suficiente en duchas y retretes durante todo el día. Además, deben habilitarse puntos de agua en toda la cárcel, que garanticen un acceso rápido y fácil para satisfacer las necesidades de higiene, limpieza e hidratación⁷⁰.

Compartir espacios tan limitados con otras personas durante largos periodos de tiempo, perjudica directamente la salud mental de los individuos. La falta de intimidad y contacto permanente con compañeros de celda motiva episodios de agresividad, ansiedad y estrés.

Sumado a la falta de higiene, la precaria habitabilidad de las celdas estimula la aparición de cuadros asmáticos u obstrucciones respiratorias. Además, crea el ambiente propicio para el surgimiento de infecciones u hongos.

2.2.3. Alimentación

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha recomendado a los Estados Partes que “cada detenido debe tener garantizada una adecuada provisión de comida diaria, de suficiente valor calórico y nutricional. El sustento adecuado

⁶⁹ LITIGACIÓN ESTRUCTURAL PARA AMÉRICA DEL SUR. Acceso al Agua en las Cárceles: una obligación incumplida por el Estado de Chile. 10 de mayo de 2018 [en línea] <<http://leasur.cl/acceso-al-agua-en-las-carceles-una-obligacion-incumplida-por-el-estado-de-chile/>> [consulta: 10 de junio de 2018]

⁷⁰ COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. Agua, Saneamiento, Higiene y Hábitat en las Cárceles. Enero de 2011. p. 39 [en línea] https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/icrc_003_0823.pdf [consulta: 13 de junio de 2018]

no debe depender de la provisión de alimentos adicionales por parte de los miembros de la familia”⁷¹.

Por su parte, las Reglas Mandela, en su numeral 22, dice: “todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas”.

No obstante, lo que se indica en el ámbito del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la situación nacional muestra graves falencias en el tema. Según información entregada por la Fiscalía judicial, casi todos los recintos visitados aplican horarios de alimentación inadecuados: el desayuno se sirve entre las 8:45 am y las 9:00 am, el almuerzo a las 12:00 pm y la cena a las 16:00 pm. En consecuencia, en la generalidad de los casos, los internos pueden pasar hasta 16 horas sin recibir ningún tipo de alimento⁷².

A propósito de una auditoría realizada sobre “alimentación de los reos” en el CDP Santiago Sur, Puente Alto, Talagante y CCP Colina II, Contraloría describe las deficiencias en la gestión de los insumos alimenticios. Se constatan diversas situaciones, como la falta de autorizaciones sanitarias, irregularidades en la zona de preparación de las comidas, falta de indumentaria para la manipulación de los productos, alimentos vencidos almacenados en bodegas, etc.⁷³

⁷¹ OEA. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe de seguimiento sobre el cumplimiento por parte de la República de Ecuador de las recomendaciones formuladas por la CIDH en su informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Ecuador de 1997 [en línea] <<https://www.cidh.oas.org/annualrep/98span/Capitulo%205.htm>> [consulta: 17 de junio de 2018]

⁷² FISCALÍA JUDICIAL DE LA CORTE SUPREMA. *Informe Visitas Recintos...* Op cit. p 8.

⁷³ CGR. Informe Final N° 63, sobre auditoría a los gastos de alimentación para reos en Gendarmería de Chile. 29 de julio de 2016. p.7 [en línea] https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/transparencia/ley20285/doc_2009/auditoria/InformesFinales/25_INFORME_63_2016_ALIMENTACION_REOS.pdf [consulta: 17 de junio de 2018]

Algunos estudios han constatado que los riesgos de padecer obesidad aumentan en personas privadas de libertad. Principalmente por el alto consumo de carbohidratos y grasas, además, el encierro en sí mismo limita la posibilidad de realizar actividades al aire libre o acceder a programas de prevención. Situaciones como estas conducen a otros tipos de enfermedades asociadas, como hipertensión, diabetes y afecciones cardíacas. La prevalencia se potencia aún más cuando el interno presenta dependencia al alcohol o consumo abusivo de drogas⁷⁴.

2.3 Situación de la mujer en recintos penitenciarios

En sus orígenes el sistema penitenciario fue creado en función de las características y visiones de la población penal masculina. La incorporación del enfoque de género en los estudios criminológicos es más bien reciente, y vino a desplazar de alguna forma un análisis que hasta el momento se había hecho en base a teorías androcéntricas, que ubican al hombre como eje central de la sociedad e invisibilizan a las mujeres y sus particularidades⁷⁵.

El hacinamiento, la precariedad de la atención médica, la insalubridad y la falta de higiene son deficiencias carcelarias comunes a ambos sexos, sin embargo, las cárceles en su arquitectura misma no contemplan las circunstancias especiales que rodean a las mujeres, y perpetúan en sus funcionamientos las desigualdades que implican las designaciones de roles de género. En efecto, el papel de la mujer

⁷⁴ GATES, Madison, BRADFORD, Robert. The Impact of Incarceration on Obesity: Are Prisoners with Chronic Diseases Becoming Overweight and Obese during their Confinement? *Journal of Obesity*, 2015. p.2 [en línea] <https://www.researchgate.net/publication/274901015_The_Impact_of_Incarceration_on_Obesity_Are_Prisoners_with_Chronic_Diseases_Becoming_Overweight_and_Obese_during_Their_Confinement> [consulta: 26 de junio de 2018]

⁷⁵ ANTONY, Carmen. Mujeres Invisibles: Las cárceles femeninas en América Latina. *Revista Nueva Sociedad* n° 208. Marzo – abril de 2007. p.2.

en la humanidad ha sido limitado en cuanto a su función reproductiva y al exclusivo ejercicio de la maternidad, subyugándola a modelos sociales de dependencia, inferioridad y sumisión.

Bajo este panorama, la estigmatización de las mujeres que han sido condenadas o que se encuentran actualmente privadas de libertad, es más compleja y lapidaria respecto a la que pesa sobre los hombres. Al verse separadas de sus familias, la sociedad y ella mismas sienten que han contravenido el rol de esposa o madre, convirtiéndolas en malas personas, lo que, en definitiva, se traduce en sensaciones de culpa y fuerte reproche social⁷⁶.

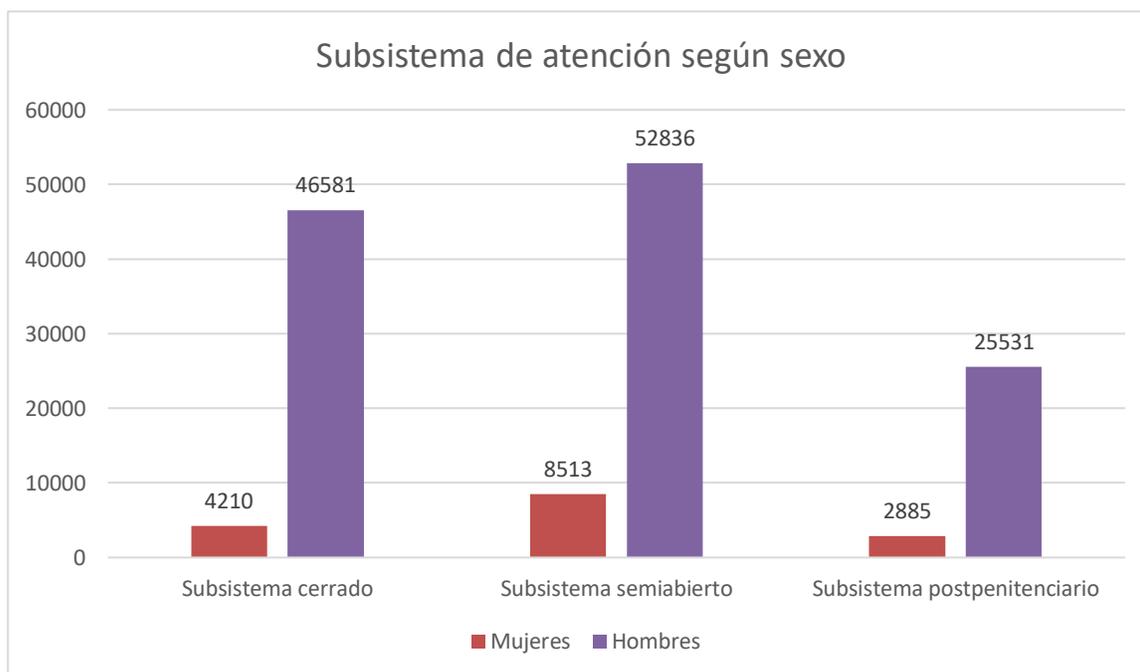
2.4 Caracterización de mujeres en recintos penitenciarios

Los establecimientos carcelarios pueden clasificarse de conformidad a los siguientes tipos de regímenes, a que están obligadas las personas privadas de libertad:

- a) Subsistema cerrado: corresponde a personas privadas de libertad, en aplicación de alguna medida cautelar de prisión preventiva, cumplimiento de medidas de apremio o condenada a pena privativa de libertad.
- b) Subsistema semiabierto: corresponde a personas condenadas y recluidas en Centros de Educación y Trabajo.
- c) Subsistema abierto: corresponde a personas condenadas a medidas alternativas o penas sustitutivas, que no implican una privación de libertad.

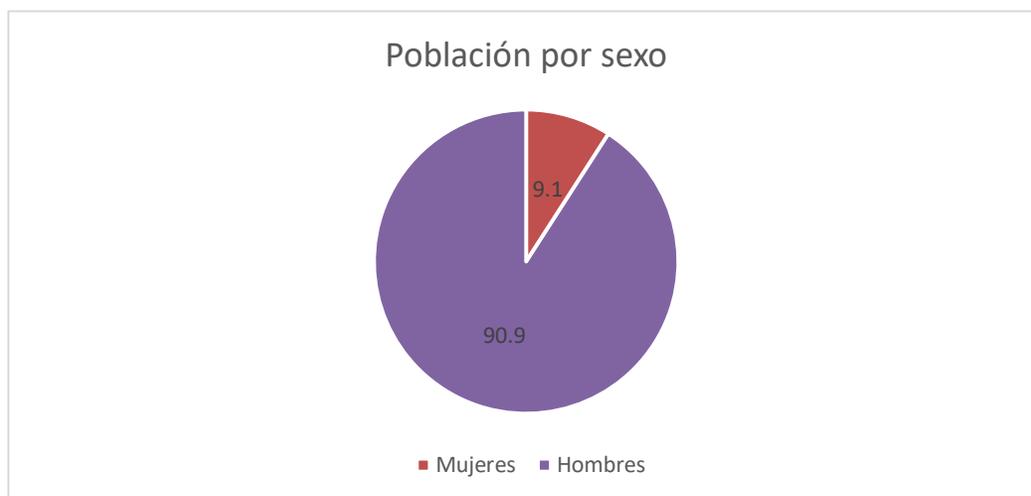
⁷⁶ Ibid. p. 5.

Según datos proporcionados por Gendarmería de Chile, en mayo de 2018 un total de 140.084 personas eran atendidas a través de alguno de los subsistemas de atención. La cifra se desglosa entre hombres y mujeres de conformidad al siguiente gráfico:



Fuente: en base a información proporcionada por GENCHI.

Bajo este contexto, al 30 de mayo de 2018, de la totalidad de usuarios sometidos al subsistema cerrado, el 9,1% corresponde a mujeres, que se encuentran distribuidas en Centros Penitenciarios Femeninos y en Secciones Femeninas que forman parte de establecimientos que albergan a población penal masculina.



Fuente: en base a información proporcionada por GENCHI.

Gendarmería, en su Informe de Prevalencia de Género en la Población Penal Femenina de noviembre de 2015, señala que sobre el 85% de las reclusas son madres, con un promedio de entre 2 y 3 hijos cada una. Cabe señalar, que la separación de los hijos es una de las situaciones que más aqueja a mujeres privadas de libertad⁷⁷.

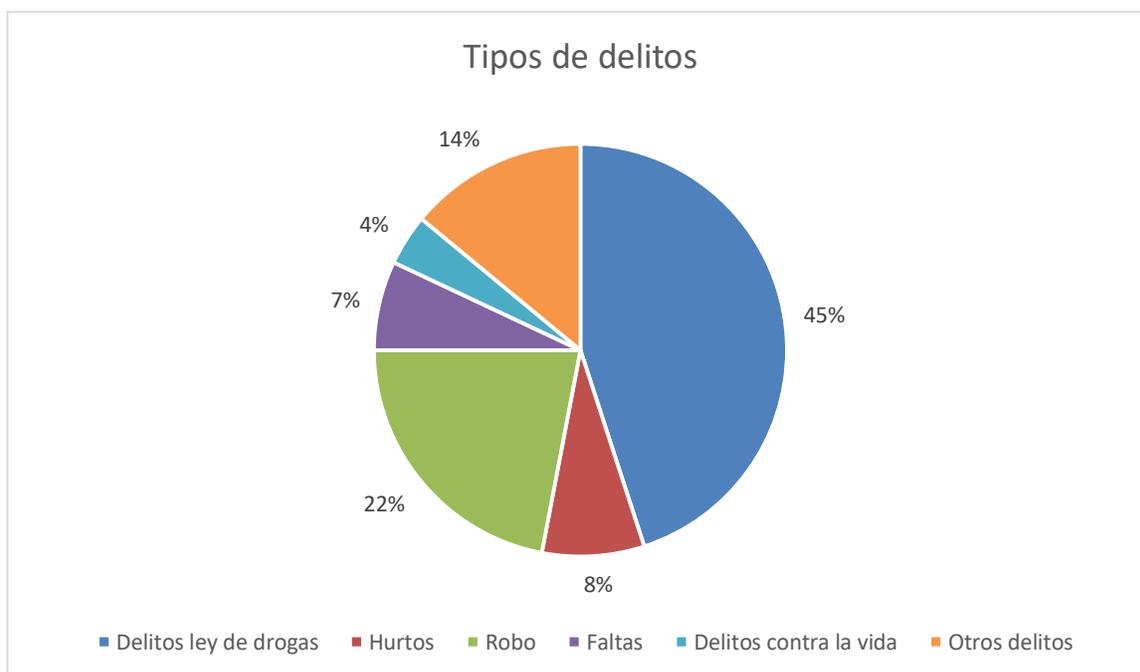
De acuerdo con el mismo informe, la mayor cantidad de mujeres integradas al subsistema cerrado se concentra en el tramo etareo de entre los 26 a los 46 años, muchas de ellas jefas de hogar y provenientes de estratos socioeconómicos bajos⁷⁸. Además, tan solo 3 de 4 internas han logrado alcanzar un nivel de escolaridad formal completo, de hecho, cerca del 8% son analfabetas⁷⁹.

⁷⁷ GENDARMERÍA DE CHILE. Unidad de estudios en criminología e innovación penitenciaria. Informe de Prevalencia de Género en la Población Penal Femenina. Noviembre de 2015. p. 10 [en línea] <https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/vgenero.pdf> [consulta:27 de junio de 2018]

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Ibid. p. 11.

Durante las últimas décadas se ha producido una explosiva participación de las mujeres en la perpetración de delitos. Esto se debe principalmente al aumento del tráfico de drogas y delitos contra la propiedad⁸⁰. A continuación, se grafica la prevalencia de delitos cometidos por mujeres en Chile:



Fuente: en base a información proporcionada por GENCHI.

⁸⁰ Ibid. p 10.

Capítulo III: Salud Femenina

Reconocer diferencias entre hombres y mujeres implica asumir que más allá de los aspectos biológicos, hay una desigualdad social entre lo que ser uno o lo otro significa. Las políticas públicas históricamente se han formulado en función de las necesidades y particularidades que el sexo masculino representa, y con ello se han invisibilizado las circunstancias que rodean a las mujeres.

Gran parte de los problemas que enfrentan las mujeres en el ámbito de la salud, están dados por el contexto social y el rol de género que ellas asumen en la sociedad. Las desigualdades de género, en materias de educación, trabajo e ingresos, limitan el acceso a una atención médica de calidad y oportuna. A nivel mundial, el sexo femenino está menos protegido y goza de menos beneficios asistenciales que el sexo masculino. Asimismo, la dependencia económica de muchas mujeres respecto de sus parejas hombres dificulta la idoneidad de los servicios médicos a los que pueden recurrir⁸¹.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado alguno de los factores socioculturales que impiden que mujeres y niñas alcancen un máximo nivel posible de salud:

- a) Desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

⁸¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Las Mujeres y la Salud: Los datos de hoy, la agenda de mañana. Noviembre de 2009. p. 4 [en línea]
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf;jsessionid=E53BD90DAE4633EE2362DCF61C795535?sequence=1> [Consulta: 27 de junio de 2018]

- b) Normas sociales que afectan la posibilidad de recibir educación o encontrar empleo.
- c) Atención puesta exclusivamente en las funciones reproductoras.
- d) Padecimiento potencial o real de violencia física, sexual o psicológica⁸².

Cabe señalar que en algunos casos es el personal de salud el que obstaculiza una adecuada atención de los problemas médicos. La percepción del personal es que las visitas de las reclusas a la enfermería tienen por objeto desplazarse por las dependencias o adquirir medicamentos para drogarse o comercializarlos⁸³. Esta sensación de desconfianza puede contrarrestarse con el trabajo de profesionales más capacitados para distinguir entre malestares reales y aparentes.

3.1 Enfermedades de transmisión sexual

A escala mundial, la prevalencia de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B y C, y tuberculosis, es de 2 a 10 veces, y en casos muy graves, hasta 50 veces mayor en las prisiones que en la población general⁸⁴. En Chile, las personas infractoras de ley se encuentran dentro de las más expuestas al VIH, con una prevalencia del 0,4%⁸⁵.

⁸² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud de la Mujer. Septiembre 2011 [en línea] http://www.who.int/topics/womens_health/es/ [consulta: 6 de junio de 2018]

⁸³ CÁRDENAS, Ana. Mujer y Cárcel en Chile. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. Universidad Diego Portales. Diciembre 2011. p. 62 [en línea] <http://www.icso.cl/wp-content/uploads/2012/01/Proyecto-Grupos-Vulnerables-CPF-GIZ-MINJU-ICSO-versi%C3%B3n-final-para-p%C3%A1gina-web-Diciembre-2011.pdf> [consulta: 23 de mayo de 2018]

⁸⁴ OFICINA DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones. Noviembre de 2013. p 1 [en línea] <http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf> [consulta: 11 de julio de 2018]

⁸⁵ ONU SIDA. Visión General Chile [en línea] <<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>> [consulta: 11 de julio de 2018]

Según los últimos datos entregados por Gendarmería, hasta el 2011 había al menos 228 personas internas con diagnóstico de VIH, de los cuales 13 eran de sexo femenino⁸⁶.

Situaciones como estas se explican, en parte, por la alta frecuencia con la que se ponen en práctica conductas sexuales riesgosas y por el uso de drogas de tipo inyectables dentro de la prisión. Además, otros factores, tales como hacinamiento, falta de agua potable, infraestructura, precaria capacitación del personal a cargo y situaciones de violencia, contribuyen a crear el ambiente propicio para que un gran número de enfermedades sean desatendidas, difíciles de diagnosticar y de fácil propagación.

La mayoría de las mujeres infractoras provienen de ambientes sociales de vulnerabilidad y presentan una mayor probabilidad de tener contacto con el consumo abusivo de drogas y el trabajo sexual. En el entorno carcelario las condiciones son más complejas, en efecto, las mujeres están más expuestas a ser víctima de abuso sexual y resultan especialmente susceptibles a la explotación sexual a cambio de bienes escasos.

A mayor abundamiento, estudios científicos confirman que, por una disposición física y biológica, es al menos dos veces más probable que mujeres se infecten de VIH a través de contactos sexuales, respecto de los hombres. Además, otros padecimientos preexistentes, como úlceras vaginales, aumentan el riesgo de contagio ante la exposición del virus⁸⁷. Sin embargo, dado que la infraestructura

⁸⁶ CGR. Informe Final N°33 sobre Auditoría efectuada a los Programas de Prevención del VIH/SIDA, en Recintos Penitenciarios de Gendarmería de Chile. 5 de noviembre de 2012. p.8.

⁸⁷ OFICINA DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario. Diciembre de 2009.p. 3 [en línea] https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/UNODC_UNAIDS_2008_Women_and_HIV_in_prison_settings-SP.pdf [consulta: 13 de julio de 2018]

de las prisiones está destinada en gran medida a la población masculina, se hace muy difícil para las mujeres el acceso a servicios de salud. Así también, los materiales y programas de prevención de ETS se vuelcan principalmente a hombres.

En este contexto, muchas reclusas se resisten a la realización de test de detección preventivo del virus u otras ETS, dada la estigmatización social que conlleva el diagnóstico y la desconfianza que perciben respecto a la confidencialidad de los resultados⁸⁸.

El Decreto Supremo 927 que aprueba el Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en personas privadas de libertad fue publicado en 2016, y contienen entre sus disposiciones generales normas sobre no discriminación, obligación de confidencialidad, voluntariedad, formalidad en el consentimiento y autorización para entrega de resultados. Además, establece formas bajo las cuales debe realizarse el examen, así como su oportunidad, registro, toma de muestra y confirmación del resultado⁸⁹.

3.2 Salud Mental

Al difícil escenario al que deben enfrentarse las personas privadas de libertad hay que sumarle que muchas de ellas presentan complejidades en ámbito de la salud mental, donde prevalece la depresión, alcoholismo y adicciones.

⁸⁸ DE GROOT, Anne. HIV Among Incarcerated Woman: An Epidemic Behind Walls. *Corrections Today*. Vol. 63. N°1. Febrero, 2011. p.4.

⁸⁹ DS 927. Aprueba reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en personas privadas de libertad. 3 de marzo de 2016 [en línea]
<<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088064>> [Consulta: 16 de julio de 2018]

En efecto, según los resultados del estudio sobre “Prevalencia de trastornos mentales en personas recluidas en cárceles en Chile y necesidades de atención”, sobre una muestra de 1008 personas imputadas o condenadas, un 26,8% de los encuestados presentó algún tipo de trastorno mental en los últimos doce meses, siendo los más frecuentes los trastornos adictivos (12,6%), los trastornos de ansiedad (8,3%) y los trastornos afectivos (8,1%)⁹⁰.

En el caso de las mujeres, la escasa infraestructura destinada para su reclusión obliga a quienes sean privadas de libertad a cambiar sus lugares de residencia. La separación de sus familias y, sobre todo, de los hijos explica, muchas veces, los casos de depresión y constantes cuadros de ansiedad⁹¹. Además, la doble estigmatización que pesa sobre ellas al contravenir el rol de género que socialmente se les asigna, agudizan los sentimientos de culpa y malestar emocional.

A nivel mundial, el suicidio es una de las causas principales de muerte en mujeres entre los 20 y 59 años. Como grupo de riesgo, las personas encarceladas tienen mayores tasas de suicidios que las que no lo están. Las mujeres, en el marco de un centro penitenciario, tienen tasas de suicidios mayores que los hombres y tienen indicadores de enfermedades mentales graves más altos⁹².

⁹⁰DIRECCIÓN DE COMUNICACIONES UNIVERSIDAD DE CHILE. Carencias en el Sistema Carcelario. Salud Mental en las cárceles chilenas: depresión, abuso de sustancias y falta de atención. 17 de noviembre de 2015 [en línea] <<http://www.uchile.cl/noticias/117216/la-salud-mental-prende-alertas-en-las-carceles-chilenas>> [Consulta: 18 de julio de 2018]

⁹¹CÁRDENAS, Ana. Op cit. p. 5.

⁹²OMS. Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. Prevención del suicidio en las Cárcels y Prisiones. 2007. p. 12 [en línea] <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf> [Consulta: 23 de julio de 2018]

Se ha constatado en prisiones, un uso abusivo de tranquilizantes, sin tener en consideración que muchas de estas mujeres han sufrido episodios de violencia física y/o sexual a lo largo de sus vidas, lo que, en definitiva, puede ser un indicio de un problema psiquiátrico de mayor consideración. La invisibilización de las circunstancias que rodean a una interna, lleva a atender estos casos como crisis nerviosas, y no como enfermedades que requieren un diagnóstico y su respectivo tratamiento⁹³.

Abordar problemáticas de salud mental en un centro privativo de libertad es complejo, dado que muchos de ellos carecen de tratamientos focalizados, los que, por lo demás, no son suficientes para toda la población penal y se centran en padecimientos asociados al consumo de drogas. Además, no cuentan con el personal adecuado, no hay espacios de interacción personalizada y no se trabaja con tratamientos preventivos⁹⁴.

3.3 Derechos sexuales y reproductivos

Podemos conceptualizar a los derechos sexuales y reproductivos como aquellos que “nos permiten a todas las personas, sin discriminación ni violencia o coerción, ejercer plenamente su sexualidad como fuente de desarrollo personal y

⁹³ ANTONY, Carmen. Panorama de la Situación de las Mujeres privadas de libertad en América Latina dese una perspectiva de género. Abril de 2003. p. 4.

⁹⁴ MALDONADO FUENTES, Francisco. Prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad: experiencias nacionales y comparadas. *Ius et Praxis*. Vol 19. N° 1. 2013 [en línea] https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122013000100010 [consulta: 24 de julio de 2018]

decidir autónomamente sobre la sexualidad y reproducción, contando para ello con la información, los medios y servicios que así lo permitan”⁹⁵.

Dentro de estos derechos se encuentra comprendido el derecho a recibir educación sexual, la facultad de acceder a métodos anticonceptivos eficientes, derecho a disfrutar de relaciones sexuales consensuadas y derecho a tomar la decisión de procrear o no.

De toda la legislación nacional e internacional sobre mujeres privadas de libertad, la más extensa y completa dice relación con sus derechos sexuales y reproductivos, lo que deja en evidencia que los instrumentos normativos se centran en esa única cualidad del género, a saber, la reproducción y la maternidad. A continuación, se analizarán los componentes más relevantes sobre la sexualidad, que tienen cabida en contextos carcelarios.

3.3.1 Visitas Íntimas

Los estándares de Naciones Unidas exigen que para las visitas conyugales se debe contar con procedimientos y locales que garanticen un acceso equitativo e igualitario, con especial atención en la seguridad y dignidad de las personas. Además, dicha medida deberá aplicarse sin ningún tipo de discriminación, debiendo ejercerse en igualdad de condiciones tanto por parte de reclusos como de reclusas⁹⁶.

⁹⁵ CORPORACIÓN HUMANAS. Nueva Constitución y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2016. p. 8 [en línea] <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2016/08/Booklet-NC-DDSSRR.pdf> [consulta: 23 de julio de 2018]

⁹⁶ ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas...* Op cit. Regla 58.

En Latinoamérica, la visita íntima es uno de los derechos en donde más se evidencia la discriminación. La profesora Carmen Antony se refiere al tema en *Mujeres Invisibles*:

“Muy pocas cárceles latinoamericanas de mujeres han reglamentado este derecho que, aunque quizás no esté formalmente negado, no se ha implementado debidamente. Y en los pocos establecimientos en donde existe la visita íntima o familiar para las mujeres, éstas son objeto de fiscalizaciones y exigencias que los hombres reclusos no sufren, como el uso forzoso de anticonceptivos o la obligación de estar casada o mantener un vínculo de pareja estable con el visitante”⁹⁷.

Para estos efectos, es importante señalar que las internas son escasamente visitadas por sus parejas y, en general, este tipo de relaciones terminan una vez que las mujeres ingresan a sistemas carcelarios.

3.3.2 Reclusas Embarazadas

El ordenamiento jurídico determina que los Centros Penitenciarios Femeninos deberán contar con dependencias destinadas al cuidado y tratamiento pre y post natal, así como para la atención de niños lactantes⁹⁸. En la actualidad existen 29 secciones materno-infantil que acogen a cerca de 60 embarazadas y 121 mujeres con sus hijos, las que corresponden al 4% de la población penal femenina del subsistema cerrado⁹⁹.

⁹⁷ ANTONY, Carmen. *Mujeres Invisibles*. Op cit. p. 8.

⁹⁸ DS 518. *Aprueba Reglamento de Establecimientos Penitenciarios...*Op cit. Art. 19.

⁹⁹ EL MERCURIO. Hijos de Reclusas: El pasar de los niños que conviven tras las rejas. 5 de noviembre de 2017 [en línea] <<http://diario.elmercurio.com/2017/11/05/nacional/nacional/noticias/72FB061A-AE96-47BB-AEA7->

La situación de las embarazadas en la cárcel no es la más idónea. Los controles de salud no se realizan de forma periódica y no cuentan con un médico de cabecera que las atienda. Además, frente a casos de desnutrición, adicciones o enfermedades preexistentes, la respuesta médica no siempre es oportuna¹⁰⁰. Basta recordar el caso de la comunera mapuche Lorenza Cayuhán Llebul, quien dio a luz a su hija estando engrillada y en presencia de funcionarios masculinos de Gendarmería¹⁰¹.

Cabe señalar que, a propósito del caso de la comunera mapuche, se interpuso un recurso de amparo a su favor el que fue rechazado por la Corte de Apelaciones de Concepción¹⁰². Sin embargo, se apeló a dicha resolución ante la Corte Suprema, quien dictó una sentencia revocatoria, acogiendo el recurso de amparo interpuesto¹⁰³.

A mayor abundamiento, según datos del Ministerio de Salud, cerca de 50 mujeres mueren al año por algún inconveniente durante la gestación. Además, un 20% de los embarazos presentan patologías de alto riesgo y pueden llegar a comprometer la vida de la mujer¹⁰⁴.

[33228F30DD8F.htm?id=%7B72FB061A-AE96-47BB-AEA7-33228F30DD8F%7D](https://fronterasdelmundo30coleg.files.wordpress.com/2012/10/maternidad-encarcelada-un-estudio-de-caso.pdf) [consulta: 23 de julio de 2018]>
[Consulta: 22 de julio de 2018]

¹⁰⁰ KALINSKI, Beatriz, CAÑETE, Osvaldo. La Maternidad Encarcelada, un estudio de caso. Centro Regional de Estudios Interdisciplinarios sobre el Delito. Octubre de 2012. p.8 [en línea]
<https://fronterasdelmundo30coleg.files.wordpress.com/2012/10/maternidad-encarcelada-un-estudio-de-caso.pdf> [Consulta: 25 de julio de 2018]

¹⁰¹ ARRIAGADA, Isabel. Ser Madre en la Adversidad. Litigación Estructural para América del Sur. 13 de mayo de 2018 [en línea] <http://leasur.cl/ser-madre-en-la-adversidad/> [Consulta: 25 de julio de 2018]

¹⁰² Corte de Apelaciones de Concepción. Rol: 330- 2016. 9 de noviembre de 2016.

¹⁰³ Corte Suprema. Rol: 92.795-16. 1 de diciembre de 2016.

¹⁰⁴ LA TERCERA. MINSAL: Una de cada cinco embarazadas presenta patologías de alto riesgo. 17 de marzo de 2015 [en línea] <http://www2.latercera.com/noticia/minsal-una-de-cada-cinco-embarazadas-presenta-patologias-de-alto-riesgo/> [Consulta: 25 de julio de 2018]

Las principales complejidades que pueden presentarse durante el embarazo son hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), embarazo ectópico y embarazo molar. La OMS declara que “la mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria de la mujer”¹⁰⁵.

Dadas las circunstancias expuestas, es de suma importancia contar con el equipamiento adecuado y personal capacitado para atender cualquier contingencia que podría generarse durante el embarazo y después del parto. Asimismo, en el ingreso al centro penitenciario, debe dejarse constancia y tomar los resguardos frente enfermedades preexistentes que, potencialmente, podrían agravarse durante la preñez.

3.3.3 Maternidad

En Chile, el ordenamiento jurídico le reconoce a la madre privada de libertad el derecho a tener el cuidado de sus hijos hasta los dos años, en lugares separados a la población penal. Dichos espacios están regulados por la ley 20.032¹⁰⁶ que tiene por objeto establecer la forma y condiciones en que el SENAME subvenciona a sus colaboradores acreditados y establece los denominados centros residenciales transitorios.

¹⁰⁵ OMS. Mortalidad Materna. Datos y Cifras. 16 de febrero de 2018 [en línea] <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> [consulta: 26 de julio de 2018]

¹⁰⁶ Ley 20.032. Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME, y su régimen de subvención. 25 de julio de 2005 [en línea] <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=240374> [Consulta: 26 de julio de 2018]

La creación de estos ambientes separados es esencial para posibilitar la lactancia materna. En tanto esta tiene un impacto directo en la morbilidad infantil, disminuyendo la probabilidad de contraer el síndrome diarreico agudo, enfermedades respiratorias, otitis, asma, y otras afecciones de carácter crónicas como diabetes, enfermedad celiaca y algunos tipos de cáncer¹⁰⁷.

Del total de mujeres que cumplen penas de cárcel en Chile al menos el 95% son madres. Cabe señalar, que actualmente en nuestro país las embarazadas o que tengan niños o niñas en edad de lactancia no pueden acceder a beneficios como permutación de la pena o medidas alternativas de encarcelamiento.

Según testimonios recabados por Gendarmería, una de las principales preocupaciones de las internas es el alejamiento de respecto de sus hijos. En general, estando en libertad, son ellas quienes cumplen el rol de jefas de hogar y sustento económico de sus familias, por lo que la incertidumbre acerca de qué va a pasar con sus hijos genera altos niveles de angustia y ansiedad¹⁰⁸.

En este contexto, la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Chile en agosto de 1990, pone de manifiesto el derecho a no ser separado de sus padres y, en general, a recibir un trato digno y concordante con un buen estado de salud física y psicológica¹⁰⁹.

¹⁰⁷ MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. Estudio de sistematización del diseño e implementación del piloto línea materno infantil – Programa Abriendo Caminos. Diciembre de 2015. p. 56 [en línea] <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Piloto_Materno_Infantil.pdf> [Consulta: 20 de julio de 2018]

¹⁰⁸ GENDARMERÍA DE CHILE. *Informe de Prevalencia de Género...* Op cit. p. 55.

¹⁰⁹ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención de los derechos de niño. 20 de noviembre de 1989. Art. 9 [en línea] <<http://unicef.cl/web/convencion/>> [Consulta: 22 de julio de 2018]

3.4 Grupos de riesgo

3.4.1 Adolescentes

La Ley de Responsabilidad Penal Adolescente¹¹⁰ establece un sistema de responsabilidad para jóvenes entre 14 y 18 años que cometan delitos. Dicho cuerpo legal contempla sanciones privativas de libertad, no privativas de libertad y otras accesorias.

Los adolescentes, como grupo especial presentan ciertas características, por ejemplo, consumo temprano de drogas y alcohol, conductas transgresoras de ley, fracaso del sistema de educación formal, antecedentes de abuso sexual y/o físico, trastornos psiquiátricos, entre otros¹¹¹.

La institución encargada de asistir a los jóvenes que cumplan penas de reclusión es el Servicio Nacional de Menores. Dicho organismo es el responsable, también, de niños, niñas y adolescentes que se hallen bajo medidas de protección por vulneración de sus derechos. Por tanto, tratándose de adolescentes infractores, estos no reciben un trato prioritario.

Las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres consagran los lineamientos que deben seguirse para el tratamiento de reclusas menores de edad:

¹¹⁰ Ley 20.084. Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por infracciones a la ley penal. 7 de diciembre de 2005 [en línea] <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=244803>> [Consulta: 27 de julio de 2018]

¹¹¹ MATURANA, Alejandro. Adolescentes infractores de la ley y consumo de drogas: Una realidad en Chile. Revista Biomédica Revisada por Pares. Agosto de 2008 [en línea] <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/RCPsiquiatria/1/2380> [Consulta: 27 de julio de 2018]

Regla 36: Las autoridades penitenciarias adoptarán medidas para satisfacer las necesidades de protección de las reclusas menores de edad.

Regla 37: Las reclusas menores de edad tendrán el mismo acceso a educación y la formación profesional que los reclusos menores de edad.

Regla 38: Las reclusas menores de edad tendrán acceso a programas y servicios correspondientes a su edad y género, como los de orientación sobre los problemas de abuso o violencia sexual. Recibirán atención sobre la atención de salud para la mujer y tendrán el mismo acceso permanente a servicio de ginecología que las reclusas adultas.

Regla 39: Las reclusas menores de edad embarazadas recibirán apoyo y atención médica equivalente a la que se preste a reclusas adultas. Su estado de salud estará sujeto a la vigilancia de un especialista médico, teniendo en cuenta que por su edad pueden hallarse en mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Del texto normativo, se infiere que sí se hace un reconocimiento a particularidades vinculadas con el género, pero, una vez más, están estrechamente vinculadas con cuestiones ginecológicas y obstétricas derivadas del embarazo.

Por su parte, el ordenamiento jurídico nacional no hace una distinción específica por género en la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, sin embargo, en su Reglamento¹¹² se explaya sobre “Normas especiales para mujeres adolescentes”.

¹¹² DS 1.378. Aprueba Reglamento de la ley 20.084 que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracción de la ley penal. 25 de abril de 2007 [en línea]
<<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=260404&idParte=&idVersion=>> [Consulta: 28 de julio de 2018]

Art. 93: Servicio de salud. Las adolescentes que se encuentren internas contarán con servicio médico e instalaciones acorde a sus necesidades específicas. La dirección del centro respectivo facilitará a aquellas los artículos necesarios de uso normal para su higiene, así como métodos anticonceptivos en la medida que fueren necesarios.

El servicio de salud del centro proporcionará, tanto a hombres como mujeres, cursos sobre sexualidad y reproducción, prevención de enfermedades de transmisión sexual y aquellas otras que sean especialmente relevantes según sus géneros¹¹³.

Art. 95: Necesidades nutricionales, higiénicas y sanitarias específicas. Toda adolescente embarazada será sometida regularmente a exámenes prenatales y su dieta será determinada por un nutricionista, bajo la estricta dirección y vigilancia del profesional de la salud del establecimiento.

También se dispondrá una dieta especial para las adolescentes internas que se encuentren amamantando y los niños que permanezcan con sus madres en el centro, de acuerdo a sus especiales necesidades.¹¹⁴

¹¹³ Ibid. Art 93.

¹¹⁴ Ibid. Art. 95.

3.4.1.3 Adultas mayores

Si bien la mayor cantidad de reclusas corresponde a mujeres jóvenes, existe un grupo de la población penal que sobre pasa los sesenta años. Generalmente, se encuentran vinculadas a delitos de microtráfico, hurto o robo.

Dado el desgaste físico y mental, este grupo etareo representa una mayor propensión a desarrollar enfermedades de más complejidad. En lo que dice relación con mujeres adultas mayores privadas de libertad, los indicadores demuestran que estas son las que más padecen de enfermedades crónicas.

Los principales problemas de salud que se manifiestan en mujeres de tercera edad en ambientes carcelarios son la hipertensión, la diabetes, asma, artritis, artrosis, patologías cardíacas, hiper o hipotiroidismo, dolencias estomacales y depresión¹¹⁵.

Dada la pérdida de la facultad reproductiva, actualmente no hay reglamentación que trate sobre cuidados especiales a la salud de mujeres adultas mayores. Tampoco protocolos que se refieran a la alimentación y la satisfacción de requerimientos nutricionales dentro de las prisiones. Como consecuencia de estas carencias normativas y programáticas, hoy en día es posible sostener que cuando una mujer anciana es internada, generalmente, se produce un empeoramiento de sus enfermedades preexistentes o el surgimiento de nuevas patologías crónicas¹¹⁶.

¹¹⁵CÁRDENAS, Ana. Op cit. p. 46.

¹¹⁶ Ibid. p .48.

Conclusiones

En virtud de los antecedentes proporcionados y analizados en la presente investigación, es posible inferir que gran parte de la normativa nacional está orientada a fijar lineamientos generales acerca de cómo debe desempeñarse la gestión penitenciaria. En este sentido, se hacen escasas las disposiciones que se refieren de forma diferenciada a la situación de las mujeres privadas de libertad. En efecto, las pocas alusiones tienen relación con el rol reproductivo de las mujeres y la labor de madre que deben cumplir, asumiendo en todo caso que serán ellas quien se harán cargo de los hijos incluso bajo condiciones de encierro.

En este sentido, hace falta incorporar a nuestro ordenamiento jurídico aquellas políticas que establezcan condiciones igualitarias para hombres y mujeres, y que eviten replicar en los recintos penitenciarios los roles de género que se configuran en contextos de libertad.

En cuanto al derecho a la salud podemos concluir que este, como derecho social, no se encuentra cubierto por el recurso de protección que contempla la Constitución. Solo a través de la vía indirecta del derecho a la vida, es posible motivar la actividad jurisdiccional en pos de garantizar el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Dada la evidente exigibilidad de este derecho, se hace necesaria la incorporación de una acción jurídica destinada a salvaguardar de forma directa la integridad de la salud y, con ello, estimular el rol de garante que debe tener el Estado respecto de este.

El aumento progresivo de la población penal femenina ha dejado en evidencia las falencias del sistema. Tanto la arquitectura de los recintos como la administración reglamentaria de los mismos dan cuenta de la invisibilización de las mujeres y las circunstancias que las rodean. Si bien, existe normativa nacional dirigida a crear pautas de tratamiento de las reclusas, esta es insuficiente, toda vez que no toma en consideración los aspectos sociales y biológicos que circunscriben la realidad de las mujeres. Por tanto, y en virtud de lo analizado a propósito de las condiciones carcelarias que tienen efectos nocivos sobre la salud, podemos concluir que a través de una mayor aplicación de beneficios intrapenitenciarios es posible obtener resultados positivos en cuanto a la disminución del hacinamiento y la sobrepoblación.

El mejoramiento de las instalaciones en las dependencias carcelarias es de suma importancia tanto para la salud física como para la mental. Sobre todo, considerando que la prevalencia de enfermedades respiratorias o infecciosas es mucho mayor en relación con la población libre, lo mismo se manifiesta en patologías vinculadas a cuadros depresivos o ansiosos.

Asimismo, las falencias en el campo nutricional de los centros carcelarios es una vulneración directa del derecho a la salud de las personas. Se hace necesario la implementación de programas de vida saludable y alimentación, teniendo en consideración los requerimientos nutricionales según grupos y antecedentes médicos. Además, la administración penitenciaria debe tener un correlato entre la vida intra y extra carcelaria, adecuando los horarios de comida de conformidad a la costumbre y exigencias biológicas.

A mayor abundamiento, de la información recabada se infiere que uno de los mayores problemas que deben enfrentar las mujeres al internarse es la desvinculación que se genera respecto de los hijos, y la estigmatización social que se vive producto de la contravención de los roles de esposa y madre. Dimensiones como estas, que afectan gravemente la salud mental de las internas, no forman parte de políticas públicas orientadas a contrarrestar los efectos perniciosos de la internación.

Los datos sociodemográficos demuestran que la mayoría de las reclusas provienen de estratos sociales de alta vulnerabilidad, con antecedentes asociados a episodios de violencia física, sexual, y/o psicológica, con una fuerte conexión con comercio sexual y drogadicción. Características como estas están estrechamente vinculadas con la salud femenina; específicamente con la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y trastornos psiquiátricos. Por esto, es de suma importancia planificar el acontecer carcelario con medidas de medicina preventiva, diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados.

La situación normativa de Chile ha logrado mediar los esfuerzos a través de los instrumentos internacionales suscritos y que se encuentran vigentes. Aun así, de la legislación estudiada se hace evidente que el contenido del derecho de la salud femenina pone el acento en la función reproductiva y en el ejercicio de la maternidad. Por ende, otras aristas importantes son ignoradas a la hora de establecer de qué manera se abordan las temáticas de la salud.

En consecuencia, a partir de la información analizada en el transcurso de la presente memoria, se recomienda incorporar políticas públicas penitenciarias con enfoque de género. Además, debe proveerse a las privadas de libertad la atención

médica adecuada para evitar el deterioro de la salud, sobre todo, en aquellos casos en que ciertas situaciones o patologías afectan de forma más compleja o frecuente a las mujeres respecto de los hombres.

En lo que dice relación con la estigmatización que sufren las internas en el quebrantamiento de su rol de género, se hace indispensable tratar estos temas desde el punto de vista de la salud mental, de tal forma que se aminore lo más posible el impacto y se facilite el desarrollo de proyectos de rehabilitación y resocialización. Además, urge que se haga presente el embarazo o la maternidad como causa suficiente para acceder a beneficios penitenciarios como, por ejemplo, conmutación de la pena.

Bibliografía

1. ALLARD S, Raúl, HENNING L, Mónica, GALDÁMEZ Z, Liliana (2016). El Derecho a la Salud y su (des) protección en el Estado Subsidiario. Estudios Constitucionales, Universidad de Talca, Año 14, N° 1. Talca, Chile.
2. ANTONY, Carmen (2007). "Mujeres invisibles: Las cárceles de Latinoamérica". revista NUEVA SOCIEDAD No 208. ISSN: 0251-3552. Venezuela.
3. ANTONY, Carmen (2003). Panorama de la Situación de las mujeres privadas de libertad en América Latina. Las Mujeres Confinadas. Santiago.
4. ARRIAGADA, Isabel (2018). Ser Madre en la Adversidad. Litigación Estructural para América del Sur. Santiago, Chile.
5. CÁRDENAS, Ana (2011). Mujer y Cárcel en Chile. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
6. CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC (2017). Sistema Carcelario en Chile: propuestas para avanzar hacia una mayor efectividad y reinserción. Santiago, Chile.
7. COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA (2011). Agua, Saneamiento, Higiene y Hábitat en las Cárceles. Santiago, Chile.
8. CONSEJO PARA LA REFORMA PENITENCIARIA. Recomendaciones para una nueva política penitenciaria. Marzo de 2010. p. 22. Santiago, Chile.
9. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (2016). Informe Final N° 63, sobre auditoría a los gastos de alimentación para reos en

Gendarmería de Chile. Contraloría General de la República de Chile. Santiago, Chile.

10. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Informe Final N°33 sobre Auditoría efectuada a los Programas de Prevención del VIH/SIDA, en Recintos Penitenciarios de Gendarmería de Chile. 5 de noviembre de 2012. Santiago, Chile.
11. CORPORACIÓN HUMANAS (2016). Nueva Constitución y Derechos Sexuales y Reproductivos. Santiago, Chile.
12. CORTAZAR, Alejandra, FERNÁNDEZ, Paula, LÉNIZ, Irene, QUESILLE, Anuar, VILLALOBOS Cristóbal, VIELMA, Constanza (2015). ¿Qué pasa con los hijos de madres encarceladas? Cómo amortiguar los efectos nocivos para los niños cuyos padres están privados de libertad. Instituto de Políticas Públicas. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
13. DE GROOT, Anne. HIV Among Incarcerated Women: An Epidemic Behind Walls (2011). Corrections Today. Vol. 63. N°1. Febrero. USA.
14. DEPARTAMENTO DE COMUNICACIONES UNIVERSIDAD DE CHILE (2015). Carencias en el Sistema Carcelario. Salud Mental en las cárceles chilenas: depresión, abuso de sustancias y falta de atención. Santiago, Chile.
15. EL MERCURIO. Hijos de Reclusas: El pasar de los niños que conviven tras las rejas. 5 de noviembre de 2017. Santiago, Chile.
16. FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, Rodolfo (2013). El Derecho a la Salud. Rodolfo Figueroa. *Estudios constitucionales*. vol.11, n.2. Santiago, Chile.
17. FISCALES JUDICIALES DE LA CORTE SUPREMA (2018) Informe Visitas Recintos Carcelarios 2017. Fiscales Judiciales. Oficio 14- 2018. Santiago, Chile.

18. GARCIA-GUERRERO, J. y MARCO (2012). La Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Rev. esp. sanid. penit.* 2012, vol.14, n.3. Barcelona, España.
19. GATES, Madison, BRADFORD, Robert (2015). The Impact of Incarceration on Obesity: Are Prisoners with Chronic Diseases Becoming Overweight and Obese during their Confinement? *Journal of Obesity*. Georgia, USA.
20. GENDARMERÍA DE CHILE (2015). Unidad de estudios en criminología e innovación penitenciaria. Informe de Prevalencia de Violencia de Género en la Población Penal Femenina de Chile. Santiago, Chile.
21. INSTITUTO NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (2017). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2014- 2015. Santiago, Chile.
22. KALINSKI, Beatriz, CAÑETE, Osvaldo (2012). La Maternidad Encarcelada, un estudio de caso. Centro Regional de Estudios Interdisciplinarios sobre el Delito. Argentina.
23. LA TERCERA. Planes de Isapre: mujer en edad fértil paga 179% más que los hombres. 29 de marzo de 2018. Santiago, Chile.
24. LA TERCERA (2015). MINSAL: Una de cada cinco embarazadas presenta patologías de alto riesgo. *La Tercera*. 17 de marzo de 2015. Santiago, Chile.
25. LITIGACIÓN ESTRUCTURAL PARA AMÉRICA DEL SUR (2018). Acceso al Agua en las Cárces: una obligación incumplida por el Estado de Chile. Santiago, Chile.
26. MALDONADO FUENTES, Francisco (2013). Prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad: experiencias nacionales y comparadas. *Ius et Praxis*. Vol 19. N° 1. Talca, Chile.

- 27.MATURANA, Alejandro (2008). Adolescentes infractores de la ley y consumo de drogas: Una realidad en Chile. Revista Biomédica Revisada por Pares. Santiago, Chile.
- 28.MEDINA QUIROGA, Cecilia (2009). Los 40 años de la Convención Americana sobre Derechos Humanos a la luz de cierta jurisprudencia de la Corte Interamericana. Anuario de Derechos Humanos 2009. Santiago, Chile.
- 29.MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (2015). Estudio de sistematización del diseño e implementación del piloto línea materno infantil – Programa Abriendo Caminos. Santiago, Chile.
- 30.OEA (1997). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe de seguimiento sobre el cumplimiento por parte de la República de Ecuador de las recomendaciones formuladas por la CIDH en su informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Ecuador de 1997. Ecuador.
- 31.OFICINA DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2009). Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario. Viena, Austria.
- 32.OFICINA DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2013). Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones. Viena, Austria.
- 33.ONU SIDA. Visión General Chile [en línea] <<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>>
- 34.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009) Resumen Analítico, Las Mujeres y la Salud. Los datos de hoy, la agenda para mañana. Ginebra, Suiza.

- 35.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mortalidad Materna. Datos y Cifras. 16 de febrero de 2018.
- 36.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007). Prevención del suicidio en las Cárceles y Prisiones. Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. Ginebra, Suiza.
- 37.SALINERO, Alicia (2011). Hacinamiento y Afectación de Derechos. Revista 93, N°5. p. 47. Santiago, Chile.
- 38.SALINERO ECHEVERRIA, Sebastián (2012). ¿Por qué aumenta la población penal en Chile? Un estudio criminológico longitudinal. *Ius et Praxis*. 2012, vol.18, n.1. Santiago, Chile.

