



**Universidad de Chile.
Facultad de Derecho.
Escuela de Pregrado.
Departamento de Ciencias Penales.**

**“EL DEBER DEL ESTADO DE CHILE EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD
MENTAL, EN LA LEY Nº 20.084 Y SU REGLAMENTO, EN RELACIÓN AL
DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS”**

Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales.

ALUMNAS

Denisse Cartes

Camila Martínez

PROFESOR GUÍA

Dr. Álvaro Castro Morales

Diciembre, 2021

SANTIAGO

RESUMEN

La presente investigación pretende fijar el deber ser del Estado Chileno en materia de salud mental en niños, niñas y adolescentes sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, que se encuentren cumpliendo sanción privativa de libertad, para verificar si dicho estándar efectivamente se cumple en la legislación y realidad nacional. Para lograrlo, se delimitará con certeza el contenido del deber del Estado en la materia, mediante una recopilación y exposición de lo ordenado por las normas internacionales y nacionales en materia de salud mental en adolescentes infractores. Posteriormente se analizarán los datos otorgados por un informe de la CISC y los convenios de obtención de información del SENAME en determinado período de tiempo, con el objeto de verificar el cumplimiento del deber del estado en la materia, realizando un análisis comparativo entre el estándar internacional, la legislación nacional y la realidad de los centros de menores.

Palabras clave: Salud - Salud Mental - Efectos del encarcelamiento - Adolescentes infractores - Sanción Privativa de Libertad - Derecho Internacional - Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.

Índice

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. Justificación..... | 1 |
| 1.1. Contextualización del tema..... | 1 |
| 1.2. Contextualización del problema..... | 2 |
| 1.3. Explicación del problema en concreto y sus dimensiones..... | 4 |
| 1.4. Estado del arte..... | 7 |
| 2. Hipótesis..... | 9 |
| 3. Objetivo general..... | 10 |
| 4. Objetivos específicos..... | 11 |
| 5. Metodología..... | 11 |
| CAPÍTULO I: Estándares y principios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en materia del Derecho a la Salud Mental de los adolescentes privados de libertad..... | 14 |
| 1. Generalidades..... | 14 |
| 2. Estándares y principios en favor de los adolescentes privados de libertad en general..... | 15 |
| 2.1. Derecho a la vida y la integridad física y psíquica de los adolescentes privados de libertad..... | 16 |
| 2.2. Interés superior del niño..... | 16 |
| 2.3. Dignidad humana..... | 17 |
| 2.4. Justicia especializada..... | 18 |
| 2.5. Reintegración social..... | 18 |
| 3. Del derecho a la salud de los adolescentes privados de libertad..... | 18 |
| 3.1. Definición..... | 18 |
| 3.2. Campo Normativo que le asiste..... | 19 |
| 4. Del derecho a la salud mental en particular de los adolescentes privados de libertad..... | 22 |
| 4.1. Definición..... | 22 |
| 4.2. Relación entre salud física y salud mental..... | 23 |
| 4.3. Áreas de Interés para el Derecho Internacional..... | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3.1. Menores sin patologías de salud mental. | 25 |
| 4.3.1.1. Campo normativo que les asiste. | 25 |
| 4.3.1.2. Factores que deben considerarse. | 29 |
| 4.3.2. Menores con patologías de salud mental. | 32 |
| 4.3.2.1. Campo normativo que les asiste. | 33 |
| 4.3.2.2. Factores que deben considerarse. | 35 |
| 5. El deber ser del Estado de Chile en materia de derecho a la salud mental. | 39 |
| 5.1. La posición de garante de los Estados. | 39 |
| 5.2. Estándares y principios internacionales que debe observar el Estado. | 39 |
| 5.2.1. En menores sin patologías de salud mental. | 40 |
| 5.2.2. En menores con patologías de salud mental. | 40 |
| CAPÍTULO II: ¿El Estado de Chile recoge los estándares y principios que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos prevé en materia de Derecho a la Salud Mental de los adolescentes privados de libertad, en la legislación que regula a esta población? | 42 |
| 1. Generalidades. | 42 |
| 2. El derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad en la Ley Nº 20.084 y su Reglamento. | 43 |
| 2.1. Adolescentes sin patologías de salud mental. | 43 |
| 2.1.1. Relación entre la finalidad de la sanción penal y la salud mental. | 43 |
| 2.1.2. Prohibición de aplicar ciertas medidas disciplinarias. | 45 |
| 2.1.3. Otras medidas en relación. | 46 |
| 2.2. Adolescentes con patologías de salud mental. | 48 |
| 2.2.1. Derecho a la atención de acuerdo a necesidades de salud. | 49 |
| 2.2.2. Aplicación de tratamientos de salud mental. | 50 |
| 2.2.3. Dependencias para la atención de salud en los centros privativos de libertad. ... | 50 |
| 2.2.4. Otras medidas en relación. | 51 |
| 3. Otros esfuerzos del Estado para asegurar el derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad. | 52 |
| 3.1. Plan Protege. | 52 |
| CAPÍTULO III: Trastornos y patologías de salud mental en adolescentes infractores privados de libertad. | 54 |
| 1. Generalidades. | 54 |
| 2. Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. | 54 |
| 3. Estadísticas del SENDA, SENAME Y MINSAL respecto de prevalencias de problemas mentales en NNA sujetos a responsabilidad penal internados en CRC año 2020. | 61 |

| | |
|--|-----------|
| I. Informe Semestral 2020 Adolescentes con infracción. Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental..... | 61 |
| II. Informe de detalle de Programas Sociales: Piloto de atención en salud integral para niños(as) y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.2021 | 62 |
| III. Información brindada por SENAME en respuesta a la solicitud de acceso a información pública el 9 de agosto de 2021. Carta N°714 | 63 |
| 3.1. Patologías de salud mental que se presentan. | 63 |
| 3.2. Respuestas por parte de la institución a cargo de la ejecución de las sanciones ante dichos problemas. | 64 |
| CAPÍTULO IV: Análisis comparativo entre los estándares y principios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en relación al Derecho a la Salud Mental de los adolescentes privados de libertad y su observancia en Chile. | 65 |
| 1. Generalidades. | 65 |
| 2. Observancia de los estándares y principios en la legislación nacional. | 65 |
| 2.1. En menores sin patologías de salud mental. | 65 |
| 2.1. En menores con patologías de salud mental. | 68 |
| 3. Observancia de los estándares y principios en la realidad que enfrentan los adolescentes en los centros de privación de libertad. | 70 |
| CONCLUSIONES | 76 |
| BIBLIOGRAFÍA | 78 |

INTRODUCCIÓN

1. Justificación.

1.1. Contextualización del tema.

La Organización Mundial de la Salud, a propósito de la salud mental del adolescente, define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce desde la pubertad, que marca el final de la infancia, hasta el inicio de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (OMS, 2020). En esta etapa de transición se producen los mayores cambios biológicos y psicosociales de un individuo, caracterizándose por ser un período de crecimiento acelerado y de maduración tanto física como sexual. A nivel de desarrollo mental, el ser humano se encuentra en un período crítico donde ocurren importantes cambios en la forma en que percibe el mundo, razona y toma decisiones. Desde esta nueva percepción, un adolescente comienza a construir su identidad y adquiere las aptitudes que definirán sus relaciones interpersonales para lograr identificar sus funciones dentro de la sociedad. Es por esta serie de cambios que la adolescencia, a la vez de significar el conocimiento de la propia individualidad, constituye una etapa altamente afectada por los estímulos exteriores (entorno familiar y social y su relación con los pares), lo cual genera factores de riesgo considerables en el desarrollo de patologías mentales y para la salud en general y el bienestar futuro del individuo.

Por otra parte, la salud mental se encuentra contenida dentro de la definición de salud de la Constitución de la OMS, y es considerada no solo como la ausencia de trastornos o discapacidades mentales, sino que también como un estado de bienestar en el que la persona es capaz de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás y de contribuir a su comunidad (OMS, 2018), y es precisamente por esto, que la OMS ha señalado que aquellos problemas relacionados con la salud mental que comienzan en la niñez y adolescencia deben ser motivo de preocupación para la salud pública.

En este sentido, el Derecho Internacional se ha encargado de establecer, en diversos cuerpos normativos y tratados, estándares y principios en favor de los adolescentes, recogiendo de diversas maneras su derecho a la salud mental, dentro de los cuales se destaca la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Este y otros instrumentos internacionales abordan -dentro de otros tópicos- un catálogo de derechos y garantías de las cuales los adolescentes sujetos a responsabilidad penal son titulares, especialmente aquellos que son objeto de privación de libertad como sanción.

A este respecto, a partir de la ratificación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en el año 1990 y la posterior dictación Ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal del Adolescente del año 2007, el sistema penal juvenil chileno ha declarado una serie de garantías específicas para los infractores juveniles, toda vez que los reconoce explícitamente como sujetos de derecho y obligaciones, contemplando una jurisdicción especializada para el juzgamiento de dichos delitos, según la cual se intenta la mínima intervención posible de la justicia penal y se privilegian las sanciones no privativas de libertad, en un intento por evitar al máximo las consecuencias estigmatizantes y negativas de la justicia penal de adultos, teniendo en cuenta la especial etapa de desarrollo por la que atraviesa un adolescente y su particular vulnerabilidad, según la cual cualquier restricción a su autonomía conlleva un efecto particularmente intenso y negativo en su desarrollo, y en particular en su salud y bienestar mental.

1.2. Contextualización del problema.

Como se ha señalado, la adolescencia se presenta como un período crítico en el desarrollo del ser humano. En un entorno normal de desenvolvimiento, las particularidades que presenta un adolescente como sujeto en formación, motivan la exigencia de una mayor atención a sus condiciones de sociabilidad por parte de sus cuidadores. Sin embargo, la privación de libertad prolongada o reincidente y desde corta edad, significa un proceso de socialización diferente, ya que el sujeto pierde su entorno habitual, frenando la experimentación natural que supone la adolescencia.

Si bien el sistema de responsabilidad penal adolescente en Chile se erige desde el principio de la especialidad, estableciendo como finalidad de la pena la reinserción social del individuo y el uso excepcional de la sanción privativa de libertad, la realidad es que en los centros penitenciarios de adolescentes se replican lógicas de abandono y desarraigo similares a las que están presentes en las prisiones para adultos. En consecuencia, resulta evidente considerar incompatibles las necesidades del adolescente -por la etapa en que se encuentra- con un régimen de encierro, teniendo presente los efectos que el encarcelamiento tiene sobre el sujeto en cuestión, quien, a la vez de responsabilizarse por el delito cometido, debe enfrentar una crisis en su evolución psicosocial, que en la mayoría de los casos viene ya marcada por conductas disociales. De esta manera, el contexto propio del encierro resulta adverso para la contención del comportamiento disruptivo y desencadena un patrón de conducta antisocial debido a la dinámica del constante enfrentamiento con la autoridad, operando a la vez como detonante de problemas de salud mental latentes.

Según el Servicio Nacional de Menores la privación de libertad incide de diversas formas en la salud mental de un adolescente. Uno de estos efectos, y que se produce con mayor rapidez una vez que el menor ingresa al recinto penitenciario, es el proceso de sobrevivencia llamado “prisionización” mediante el cual el adolescente debe asimilar obligatoriamente las normas sociales de la prisión, requiriendo una rápida respuesta psicológica de su parte, para adquirir formas de razonamiento y conductas nuevas e inevitablemente violentas. Como consecuencia del incremento exponencial de las conductas agresivas, surge otro efecto del encarcelamiento llamado “desproporción emocional reactiva”, según el cual, situaciones que en otro contexto no tendrían significación, pasan a tener una desproporcionada repercusión emocional y cognitiva. El menor pierde, en el proceso, la autonomía de su personalidad, incorporando las valoraciones y objetivos de la institución que lo controla, dificultando aún más la resocialización, produciendo la “dualidad adaptativa”. En esta misma línea, se manifiesta la frustración del adolescente al sentirse incapaz de dirigir su vida, viendo como responsable al entorno institucional del que depende, siendo este efecto el “síndrome amotivacional” (Andrade, 2010, p. 19). Todos estos efectos no rara vez desencadenan en cuadros depresivos e intentos de autolesionarse y se suman a las patologías mentales propiamente tal que se ven agravadas, e incluso detonadas, por el encarcelamiento.

De esta forma, se ha evidenciado que la pena privativa de libertad produce efectos en los adolescentes que se proyectan más allá del período de encierro y definen su línea psicosocial de por vida, aumentando a la vez las posibilidades de reincidencia y autoreproducción del sistema carcelario. Por lo tanto, la pretensión de hacer efectiva la responsabilidad penal debe, junto con reconocer la autonomía del adolescente en la comisión de un delito, considerar los procesos naturales que enmarcan este período. Así, quienes se encuentran a cargo de la administración y ejecución de las sanciones penales de adolescentes infractores, no solo deben enfocarse en la inclusión de programas vinculados a lo socioeducativo, sino que también deben contar con las competencias, herramientas y protocolos necesarios para tratar de forma adecuada los problemas relacionados a la salud mental. Por ello, resulta indispensable establecer con claridad el deber que tiene el Estado en el diseño de herramientas, tanto legislativas como en la ejecución de ellas, que contribuyan a reducir drásticamente el impacto de la privación de libertad en los jóvenes que se encuentran cumpliendo una sanción.

1.3. Explicación del problema en concreto y sus dimensiones.

En relación al primer objetivo general de este proyecto de investigación, el Derecho Internacional se ha encargado de establecer, en diversos textos, estándares y principios en favor de los adolescentes privados de libertad, recogiendo en ellos, de variadas maneras, el derecho a la salud mental. Entre estos textos, podemos destacar la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, las Observaciones que hace el Comité de los Derechos del Niño, las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (“Reglas de la Habana”), las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (“Reglas de Beijing”), la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, entre otros. Así, cuando hablamos de la defensa y respeto de este derecho a la salud mental, no solo debemos pensar en la legislación nacional existente, sino también en toda esta diversidad de textos internacionales relacionados a la materia, y además, que no todos gozan de la misma fuerza coactiva para conseguir que los Estados den cumplimiento a lo que en ellos se establece y

otorguen la debida protección a este derecho: por una parte, nos encontramos con los textos de carácter vinculante o de hard law (Tratados, Pactos, Convenciones o Acuerdos), y por otra, con aquellos textos que carecen de dicho carácter vinculante o de soft law (Declaraciones, Recomendaciones, Directrices o Principios) (Sánchez, 2019, p. 468).

En cuanto a las normas de hard law, para que estas tengan ese carácter vinculante, los Estados deben reconocer y consentir de forma expresa en obligarse con respecto al cumplimiento de las mismas (Sánchez, 2019, p. 469). A este respecto, se hace indispensable tener en cuenta que, con respecto a la ley nacional de los Estados, rige el principio de primacía de las normas internacionales, por lo que, en consecuencia, los Estados que han consentido en obligarse por un tratado deben adaptar sus ordenamientos internos para adecuarlos al sentido de las disposiciones reflejadas en el texto internacional (Sánchez, 2019, p. 471). En el caso de nuestra Constitución Política de la República, es su artículo 5º el que establece que los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, son vinculantes.

Ahora, como ya se ha mencionado, todos estos textos internacionales abordan - dentro de otros tópicos- estándares y principios a propósito del derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad, sin embargo, estos no han sido sistematizados, por lo que se vuelve extremadamente necesario hacerlo, y que el Estado de Chile sepa, en concreto, cuáles son dichos estándares y principios del derecho internacional de los derechos humanos con los que debe cumplir en relación a esta materia.

De acuerdo con lo anterior, y en lo referente al segundo objetivo general, sabemos que los Estados deben generar esfuerzos normativos propios para dar cumplimiento a las directrices que el Derecho Internacional se ha encargado de establecer respecto al derecho a la salud mental de los adolescentes reclusos. Así, se hace necesario determinar si efectivamente el Estado de Chile, desde el punto de vista de la legislación que regula a los adolescentes privados de libertad, recoge o no dichos estándares y principios.

En este sentido, cabe establecer que, en efecto, la LRPA (Ley N° 20.084) se remite en distintos artículos a los instrumentos internacionales ratificados y vigentes (artículos 2º, 29, 30, 31, 45, 49, entre otros), así como también lo hace su Reglamento (Decreto 1.378), principalmente en sus artículos 2º, 26, 42 y 155. Sin embargo, dicha remisión es demasiado general, y no se sabe, en forma concreta y sistemática, cómo se recogen dichos estándares y principios relacionados específicamente al derecho a la salud mental de esta población objeto de este proyecto de investigación.

Por último, y en cuanto al tercer objetivo general, se debe hacer una precisión: tal como establece el artículo 5º de la Constitución, es deber de los órganos del Estado respetar y promover los derechos garantizados por los distintos tratados internacionales, por lo tanto, no sólo las normas internas deben cumplir con los estándares y principios que establece el derecho internacional de los derechos humanos a propósito del derecho a la salud mental, sino también, éstos deben ser observados en la ejecución de dichas normas. Dicho de otra manera, las instituciones a cargo de la ejecución de las sanciones penales de adolescentes infractores (que por regla general es el SENAME) también forman parte del Estado, y, por lo tanto, también resulta necesario verificar si éstas cumplen o no con estos estándares y principios que el derecho internacional prevé a propósito de la salud mental de los adolescentes reclusos, cuestión que no se ha hecho anteriormente con rigurosidad y de forma detallada.

Bajo esta perspectiva, resulta también necesario analizar la información entregada por la Comisión Interinstitucional de Supervisión de Centros Privativos de Libertad (Informes CISC). Esta Comisión se encuentra regulada en el Párrafo 7º del Título V del Reglamento de la Ley N° 20.084, y sus funciones son, principalmente, visitar los centros de privación de libertad de cada región, al menos dos veces al año, a fin de asesorar en el debido respeto de los derechos de los adolescentes y de sus condiciones de vida al interior de los mismos, entre otros objetivos. solicitar informes de las autoridades públicas pertinentes, realizar recomendaciones a las autoridades e instituciones públicas y privadas correspondientes, y enviar su informe al Ministerio de Justicia, formulando las propuestas que le parezcan necesarias para el mejoramiento de las condiciones de vida de los adolescentes en los referidos centros. Por lo tanto, debido a la información que estas Comisiones entregan con respecto a

las condiciones en que se encuentran los adolescentes infractores privados de libertad, es que se hace necesario analizarlos con el propósito de identificar cuáles son, en la práctica, los problemas de salud mental que pueden enfrentar esta población.

Por último, no se debe olvidar que hoy se encuentra en su tercer trámite de constitucionalidad ante el Senado, el Proyecto de Ley que crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil e introduce modificaciones a la Ley N° 20.084 (Boletín N° 11.174-07), el que tiene por objeto principal modificar la Ley Orgánica del SENAME y la Ley sobre Responsabilidad Penal de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal, para establecer una nueva institucionalidad y un nuevo procedimiento para la aplicación de sanciones penales a los menores de edad (Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones, BCN, 2018, p. 1). De este modo, cobrará especial relevancia la información en relación a los problemas de salud mental que puede enfrentar, en la práctica, esta población, pues permitirá rediseñar el quehacer de la institución que estará a cargo.

1.4. Estado del arte.

La salud mental es una cuestión determinante en materia de ejecución de las sanciones penales, toda vez que ésta debe alinearse con la finalidad que la ley le otorga a la sanción penal. Con la promulgación de la Ley N° 19.696 en el año 2000, mediante la cual entró en vigencia el Código Procesal Penal, en nuestro país se consolidó la visión garantista del proceso penal, y consecuentemente, de la ejecución de las sanciones penales, generando preocupación por los derechos que le asisten a los sujetos que cumplen una pena privativa de libertad. Al respecto, se ha escrito sobre: el proceso penal chileno y los derechos humanos (Riego, 1994); principios y penas en el derecho penal chileno (Náquira, Izquierdo, Vial, Vidal, 2008); derechos fundamentales, merecimiento y necesidad de la ejecución de la pena (Bascuñán, 2007); guía jurídica sobre el estándar internacional en materia de derechos fundamentales de los privados de libertad (Castro, Cillero, Mera, 2010); análisis desde una perspectiva de derechos humanos sobre personas privadas de libertad y

medidas disciplinarias (Centro de Derechos Humanos, UCH, 2013). Todos estos textos exponen desde el estándar internacional de los derechos humanos.

No obstante, la estrecha relación existente entre derechos fundamentales y justicia adolescente solo se haría evidente en la legislación chilena el año 2007, con la entrada en vigencia de la Ley N° 20.084, en reemplazo de las llamadas “reglas de menores”. Previo a esta tardía respuesta por parte del Estado de Chile, la legislación no se encontraba en concordancia con una parte de la doctrina, que ya con anticipación comprendía la necesidad de tener en cuenta la especificidad de la infancia y establecer dispositivos legales, judiciales y administrativos que reconocieran el disfrute cabal de los derechos fundamentales en adolescentes sujetos a responsabilidad penal (Cillero, 2001).

Asimismo, comienza a demostrarse en nuestro país una preocupación por las consecuencias que tiene sobre los adolescentes la institucionalización en general. En este sentido, se han desarrollado investigaciones e informes tendientes a diagnosticar la situación actual de las condiciones carcelarias en Chile (Centro de Derechos Humanos UDP, 2003-2014; INDH, 2013) y muestrear los resultados de la supervisión de los centros privativos de libertad adolescentes (Comisiones Interinstitucionales de Supervisión de los Centros Privativos de Libertad) desde el año 2013 al año 2018. Todas estas investigaciones se caracterizan por abocar a la generalidad de los derechos humanos, no son específicas y en su mayoría solo indican cifras con muy poco análisis jurídico de ellas.

Por otra parte, las consecuencias en la salud mental en adolescentes privados de libertad, incrementadas o derivadas del encierro, presentan una gran problemática. Escasa doctrina se ha desarrollado en torno a la necesidad de garantizar como parte del derecho sancionatorio de menores, la salud mental, para llegar así a un óptimo desarrollo psicosocial (Maldonado, 2013), en los términos que plantea el derecho internacional de los derechos humanos. Sin embargo, existen investigaciones destinadas a estimar la prevalencia de trastornos mentales en población adolescente imputada y condenados privados de libertad en Centros de Internación Provisoria (CIP), Centros de Régimen Cerrado (CRC) y Secciones Juveniles de administración directa del Servicio Nacional de Menores (SENAME) o Gendarmería de Chile

(Maldonado, 2013), tratando de unificar los diseminados estudios que vinculan la presencia de alteraciones en la salud mental con la población penal adolescente (Instituto de Sociología, PUC, 2007; Rioseco, Vicente, Saldivia, Cova, Melipillán y Rubi, 2009; Fundación Tierra Esperanza, 2012). Posteriormente, se trató de abarcar la realidad de la salud mental en NNA institucionalizados en hogares a nivel nacional (Fernández, Irrázaval, Ortega, Carrasco, Martínez, Rojas, Mundt, 2021). Sin embargo, la mayor parte de estudios realizados sobre el tema están realizados desde la perspectiva psicológica y psiquiátrica, con muy poco, o incluso nulo desarrollo jurídico doctrinario.

Sobre lo expuesto, destaca la falta de un análisis jurídico sistematizado que entrafne la relación entre los estudios realizados sobre salud mental en la población penal adolescente y el deber que tiene el Estado de Chile en materia de salud mental según los estándares y principios del derecho internacional de los derechos humanos. Por ello, este proyecto busca adentrarse en una materia que, a pesar de su importancia, ha sido parvamente investigada, lo que se llevará a cabo identificando y sistematizando los principios y estándares antes mencionados, para así determinar cuál es el deber del Estado respecto del derecho a la salud mental en adolescentes cumpliendo una sanción privativa de libertad en régimen cerrado; determinando si la legislación nacional que regula a esta población (esto es, la Ley N° 20.084 y su Reglamento) recoge o no dichos estándares y principios internacionales; identificando cuáles son y cómo se enfrentan, en la práctica, los problemas de salud mental en la población penal adolescente, según los informes CISC; y finalmente, determinando si esta realidad se enmarca con el deber que el Estado de Chile debiese observar según el derecho internacional de los derechos humanos.

2. Hipótesis.

1. Es posible afirmar que, a pesar de que existen diversos textos del derecho internacional de los derechos humanos, que han fijado estándares y principios mínimos generales que regulan el derecho a la salud de los adolescentes infractores privados de libertad, éstos no se encuentran sistematizados, e incluso, no se refieren directamente al derecho a la salud mental, sino que se agotan en

remisiones implícitas, al establecerse el derecho a la salud física e integridad psíquica.

2. Es posible afirmar que los estándares y principios del derecho internacional de los derechos humanos en materia de derecho a la salud mental, aplicables a adolescentes infractores privados de libertad, se acogen parcialmente por el Estado de Chile, pues desde el punto de vista normativo, la legislación aplicable (Ley N° 20.084 y su Reglamento) no los regula de forma explícita, clara y sistematizada.
3. Es posible afirmar que los estándares y principios del derecho internacional de los derechos humanos en materia de derecho a la salud mental, aplicables a adolescentes infractores privados de libertad, se acogen parcialmente por las instituciones a cargo de la ejecución de las sanciones.
4. Es posible afirmar que las estrategias del Estado de Chile, en materia de derecho a la salud mental de los adolescentes infractores privados de libertad en régimen cerrado, resultan insuficientes en todas sus dimensiones.

3. Objetivo general.

El objetivo general consta de las siguientes dimensiones: primero, identificar y determinar cuáles son los estándares y principios que se establecen en materia de derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad, tanto en el derecho internacional de los derechos humanos, como en la Ley N° 20.084 y su Reglamento. Luego, identificar cuáles son, en la práctica, los problemas de salud mental que pueden enfrentar los adolescentes privados de libertad, principalmente en relación a la información entregada por la Comisión Interinstitucional de Supervisión de Centros Privativos de Libertad (Informes CISC). Finalmente, determinar si el Estado de Chile, desde una perspectiva crítica, recoge o no los estándares y principios que el derecho internacional prevé en la materia.

4. Objetivos específicos.

1. Construir el “deber ser” del Estado de Chile, en relación al derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad (con y sin patologías previas), a partir de la identificación y determinación sistémica de los estándares y principios del derecho internacional de los derechos humanos en materia del derecho a la salud mental de esta población en particular, según diversos textos internacionales a analizar.
2. Identificar y determinar los estándares y principios que la Ley N° 20.084 y su Reglamento, establecen en materia de derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad (con y sin patologías previas) en régimen cerrado con programa de reinserción social.
3. Identificar cuáles son, en la práctica, los problemas de salud mental que pueden experimentar los adolescentes infractores, al interior de la institución a cargo de la ejecución de las sanciones penales de los adolescentes infractores -esto es, los centros del Servicio Nacional de Menores (SENAME), o aquellos delegados por este organismo-, principalmente en relación a la información entregada por la Comisión Interinstitucional de Supervisión de Centros Privativos de Libertad (Informes CISC) en “Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto”, del segundo semestre del año 2018 y las estadísticas entregadas por el SENDA, SENAME, MINSAL y GENCHI durante el año 2020.
4. Determinar si la legislación antes mencionada, así como la realidad que viven los adolescentes infractores al interior de los centros, se condice o no con los estándares y principios que, según el derecho internacional de los derechos humanos en materia de derecho a la salud mental, el Estado de Chile debiese observar en la aplicación de las sanciones penales de esta población.

5. Metodología.

En general, se realizará un trabajo investigativo, mediante el examen de cuerpos normativos y doctrina, tanto nacional como internacional.

Para lograr desarrollar el primer objetivo, se analizarán -utilizando las reglas de interpretación propias del derecho constitucional, del derecho internacional de los

derechos humanos y del derecho penal y ejecución de la sanción penal- las disposiciones sobre el derecho a la salud y su alcance, contenidas en textos internacionales ratificados por Chile, principalmente la Convención sobre los Derechos del Niño, así como también su normativa complementaria, como las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (“Reglas de Beijing”) y las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (“Reglas de la Habana”). Además, para dicho objetivo también se realizará un trabajo de recolección de información, basada en la revisión bibliográfica acerca de la dogmática jurídica en relación al contenido de la obligación del Estado para con adolescentes privados de libertad, específicamente en lo relacionado al derecho a la salud mental, contenido sobre el cual sentaremos las bases de nuestra tesis, pues con ello, construiremos el "deber ser" del Estado. Por lo tanto, todo este estudio incluirá una caracterización de lo que se considera en el Derecho Internacional como "derecho a la salud", destacando rasgos comunes en el contenido entregado por los distintos tratados internacionales que se analizarán y la doctrina existente sobre la materia.

En relación al segundo objetivo, es necesario realizar un examen crítico de la LRPA, teniendo en consideración los antecedentes recabados en el paso anterior de nuestra investigación. Además, se recabará información sobre los esfuerzos normativos que ha realizado el Estado de Chile con la finalidad de cumplir con su deber en materia de salud mental en adolescentes privados de libertad, como, por ejemplo, el llamado “Plan Protege” impulsado en el año 2014. También, examinaremos parte de la doctrina nacional disponible sobre este punto, para lograr hacer una confrontación de información detallada y exacta.

Luego, para lograr el tercer objetivo, se tomarán los datos disponibles -por Ley de Transparencia- en “Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto”, del segundo semestre del año 2018, de las Comisiones Interinstitucionales (CISC), en especial aquellos que dicen relación con la salud mental e integridad psíquica de los adolescentes, para así identificar cuáles son, en la práctica, los problemas de salud mental que puede llegar a experimentar esta población. Finalmente, complementaremos estas fuentes de información con las estadísticas disponibles en las páginas web institucionales SENDA, SENAME y el Ministerio de Salud.

En cuanto al cuarto objetivo, contrastaremos los estándares y principios internacionales identificados y determinados a partir del primer objetivo, aquellos identificados y determinados en el segundo objetivo, y los datos obtenidos en el tercer objetivo, con el propósito de determinar si el Estado de Chile, tanto en la norma como en la práctica, cumple o no con los estándares y principios que debiese observar - según el derecho internacional de los derechos humanos- en relación al derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad.

CAPÍTULO I: Estándares y principios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en materia del Derecho a la Salud Mental de los adolescentes privados de libertad.

1. Generalidades.

El derecho internacional reconoce la legítima pretensión que detenta el Estado de perseguir penalmente a los infractores de la ley dentro de su jurisdicción y asegurar la sanción penal mediante su sistema judicial interno. Asimismo, se sostiene que los privados de libertad están en una situación de sujeción especial para con el Estado, en que el individuo es completamente vulnerable, toda vez que el riesgo de verse inmerso en contextos lesivos de sus derechos, aumenta exponencialmente. Por ello, la regulación internacional ha dirigido su trabajo a armonizar esta antinomia, por un lado, estableciendo normas que prohíben a los estados cometer actos de tortura, inhumanos o degradantes tanto en la persecución penal como en la ejecución de la pena, y por otro, definiendo el rol que tiene el Estado de resguardar los derechos del privado de libertad (Castro, Cillero y Mera, 2010).

Al respecto, los adolescentes reclusos se encuentran en un contexto de indefensión agravada ya, que encarnan en sí dos situaciones que merecen protección según los estándares internacionales: la niñez y la prisión. La primera, se ve abordada por la normativa internacional respecto de los derechos de los niños, especialmente por la Convención de los Derechos del Niño aprobada en 1989.

Por otro lado, aunque bastante se avanzó en el derecho internacional durante la segunda mitad del siglo XX en cuanto a atender la imperiosa necesidad de brindar protección a los niños, niñas y adolescentes, la preocupación por la particular situación de vulnerabilidad que representan los adolescentes privados de libertad es reciente. Si bien en la Convención de los Derechos del Niño se establecen derechos que amparan a los adolescentes transgresores de la ley penal y sobre la administración de justicia en menores, es posteriormente que los Estados comienzan a integrar estas normas en sus ordenamientos jurídicos internos.

Ahora bien, bastante se ha dicho respecto de la necesidad de proteger los derechos humanos de los menores privados de libertad y pareciera quedar en segundo plano la relación directa que existe entre la violación de los mismos y el bienestar psicológico de la persona. En un contexto de pleno ejercicio de la libertad (entiéndase como no estar privado de ella con fines judiciales), las políticas de salud mental destinadas a la ciudadanía ya están altamente inclinadas a ser violatorias de derechos humanos, partiendo por las posibles dificultades que presenta el acceso a ellas. Es decir, un derecho que en principio debiera ser igualitario, se ve conculcado por razones económicas, burocráticas e incluso por la falta de información y educación. Las regulaciones propias de cada país respecto de la salud mental, tienden a centrar su atención lejos del trato humanitario, sobre todo en sujetos que presentan trastornos o patologías mentales, centrando sus esfuerzos en la privación de los derechos civiles.

Por lo tanto, resulta necesario establecer cuál debe ser la postura del estado respecto del derecho a la salud mental que ostentan los adolescentes privados de libertad según el Derecho Internacional y los tratados de los que el Estado Chileno es parte. Establecer este “deber ser” tiene especial relevancia toda vez que los inconvenientes en el acceso y ejercicio del derecho a la salud mental se ven agravados en circunstancias de vulnerabilidad como lo es la prisión, donde las “violaciones son severas (...), no es solo el sufrimiento físico, sino también lo que perdura, la angustia mental, tanto en ellos como en sus comunidades y familias”¹.

2. Estándares y principios en favor de los adolescentes privados de libertad en general.

Como se ha expuesto, en el Derecho Internacional, el fundamento de la sanción penal adolescente es un fin retributivo matizado con la prevención especial positiva (Von Hirsch, 1976, como se citó en Castro, 2021), lo que se ve reflejado en la finalidad reintegradora de la pena. Esta reinserción social se aborda desde la búsqueda por

¹ Gostin, L. (2009). Ley de derechos humanos y discapacidad mental internacional: libertad, dignidad, igualdad y derecho. En H. Cohen (Ed), *Salud mental y derechos humanos: Vigencia de los estándares internacionales* (p.27). OPS/OMS Argentina. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf?sequence=1>

hacer menos perniciosas las consecuencias que significa para la vida del adolescente la situación de ejecución de condena. Los cimientos de la normativa al respecto, se encuentran en textos de carácter general, donde se aborda el principio de vulnerabilidad y la posición de garante del Estado respecto de la población penal, cuyo contenido normativo se desarrolla a partir del Derecho a la Vida, el Derecho a la Integridad Física y Psíquica y el Interés Superior del Niño.

2.1. Derecho a la vida y la integridad física y psíquica de los adolescentes privados de libertad.

Estos derechos son complementarios, siendo el derecho a la vida el presupuesto para el ejercicio del derecho a la integridad física, psíquica y moral y de todos los demás derechos fundamentales. En los niños, niñas y adolescentes el derecho a la vida significa la posibilidad de vivir su infancia, crecer, desarrollarse y llegar a la vida adulta. En tanto la integridad, implica que ese desarrollo sea en condiciones favorables y sin afectaciones.

2.2. Interés superior del niño.

El interés superior del niño configura un “principio general del Derecho, de ahí que pueda ser considerado como un medio de información, de integración y de interpretación (...)”². El inconveniente de que el interés superior del niño se configure como un principio general del Derecho infante-adolescente, es que “impide una interpretación uniforme” afectando directamente la seguridad jurídica de las decisiones que se motiven en este principio ya que el nivel de discrecionalidad que permite es indeterminado. Sin embargo, es posible establecer en líneas generales y siguiendo lo establecido en el artículo 27.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, el interés superior del niño supone una protección del desarrollo integral del menor junto con la obtención del nivel de vida adecuado. Se debe priorizar el interés

² RAVETLLAT, I y PINOCHET, R. (2015). El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y su configuración en el Derecho Civil chileno. *Revista chilena de Derecho* vol.42 no.3, versión On-line ISSN 0718-3437. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372015000300007

superior del niño sobre el interés colectivo - propio de cada cultura- toda vez que la Convención entiende que estos dos pueden entrar en conflicto. A la vez, respecto de la relación de los derechos del niño con la ley penal, “los derechos del niño deberán tener una primacía no excluyente de los derechos de terceros” refiriéndose a los derechos de las víctimas.

2.3. Dignidad humana.

Actualmente, el estándar internacional, concibe la dignidad humana como cimiento de los derechos humanos toda vez que resulta imposible separar la naturaleza de ambos conceptos, sin embargo, no son sinónimos. La dignidad humana permite- siguiendo la concepción kantiana- que el ser humano sea un fin en sí mismo y no un medio para lograr otros objetivos y supone a la vez un pie de respeto inalienable a la vida humana por ser ésta lo que es, sin condición o discriminación. De esta manera, se integra con los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a tal punto que, la negación de alguno de estos derechos significa el desconocimiento de la dignidad humana (Gross, 2003).

La dignidad configura un derecho transversal y cimiento en la regulación internacional sobre administración de justicia adolescente toda vez que “constituye el fundamento de todos los derechos humanos y la base de una concepción común y universal”³ de los mismos (Gross, 2003). Siguiendo ese razonamiento, parece correcto afirmar que un pleno goce del derecho a la dignidad humana, importa el cabal cumplimiento de los demás derechos fundamentales. Resulta evidente que, de afectarse la dignidad del adolescente, se afectan en cadena el resto de derechos que le asisten y en especial el pleno desarrollo de salud mental, sea esto por desarrollo o acentuación de patologías derivadas de experiencias traumáticas producidas por denigración durante la estadía en un centro de menores, o bien a consecuencia de formar parte de tratamientos médicos ultrajantes e indignos, que tengan por finalidad realizar estudios en los menores detenidos o tratar adicciones y patologías, sin respetar las garantías mínimas fundamentales.

³ GROS, H. (2003). La Dignidad Humana en los Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos. *Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época. Vol. 4* (p.223). file:///C:/Users/ASUS/Downloads/21856-Texto%20del%20art%C3%ADculo-21875-1-10-20110603%20(1).PDF,

2.4. Justicia especializada.

La justicia especializada responde al principio de especialidad del derecho infanto-adolescente mediante el cual se establece que, atendida la diferencia entre las necesidades de un adulto y de un niño, sumado al deber de protección integral que tiene el estado respecto de los menores, es necesario contar con un sistema de justicia conteste que considere en sus procedimientos, los derechos fundamentales que ostenta cada NNA.

2.5. Reintegración social.

Según el derecho internacional, el fin último de la sanción penal en el derecho infanto-adolescente es reintegrar a los menores infractores en la sociedad. Así se dispone en los diversos tratados internacionales en la materia, partiendo desde el artículo 40 de la Convención donde se afirma que todo menor a quien se le acuse de haber infringido las leyes penales tiene derecho a que se tome en cuenta “la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad”. En consecuencia, toda medida y sanción que se tome respecto de hacer efectiva la responsabilidad penal de los NNA, debe necesariamente considerar el pleno ejercicio de los derechos fundamentales del menor, los que no deben verse afectados más allá de aquello necesario para cumplir los fines de la persecución penal, toda vez que el derecho infanto-adolescente debe procurar que los efectos de éste no le impidan el desarrollo de una vida plena.

3. Del derecho a la salud de los adolescentes privados de libertad.

3.1. Definición.

Una buena salud comprende un completo bienestar a nivel físico, mental y social, no solo una ausencia de enfermedades. Por lo tanto, como derecho, abarca a la vez facultades como prerrogativas, que a su vez abarcan una atención oportuna y apropiada, así como el resguardo de los principales factores determinantes de la misma, por lo que el derecho a la salud es configurado por la facultad de cada persona a disfrutar un conjunto de bienes y condiciones que son necesarios para su realización.

3.2. Campo Normativo que le asiste.

Al analizar la regulación internacional, se sobreentiende la especial preocupación por minimizar la afectación de derechos fundamentales en los niños, niñas y adolescentes privados de libertad. De ahí, que exista gran preocupación por regular las aristas que componen el derecho a la salud, partiendo por las condiciones de vida del menor en tanto se coarta su libertad, siguiendo con el efectivo acceso a la salud y posteriormente establecer la observación del cumplimiento de este derecho en los centros de menores:

l) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) aprobado en 1966, como instrumento *hard law*, supone una serie de disposiciones vinculantes para los Estados parte en torno a la concesión de derechos que aseguren a las personas un nivel de vida adecuado, incluido el derecho a la salud. En su artículo 12 dispone *“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: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

II) Las Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su Observación General N°14 respecto del artículo 12 del PIDESC, establece el derecho de las personas a tener el disfrute más alto posible de salud. En consecuencia, cada Estado debe asegurar el igual acceso de las personas a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, en especial de las minorías, entre ellos los presos o detenidos.

El apartado 9 indica en razón del párrafo 1 del artículo 12 (PIDESC) que el “más alto nivel posible de salud” debe entenderse “como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios” para alcanzarlo. El párrafo 11 indica que el derecho a la salud comprende tanto una atención oportuna y apropiada, como acceso a los factores determinantes de la salud: condiciones sanitarias, agua potable, alimentación, vivienda y condiciones de trabajo adecuadas, medio ambiente libre de contaminación y acceso a la información y educación.

En el apartado 12, se identifican cuatro elementos esenciales que conforman un pleno derecho a la salud, a saber: a) Disponibilidad de establecimientos y programas de salud acorde al nivel de desarrollo de cada país e incorporen condiciones sanitarias adecuadas, personal profesional capacitado y los medicamentos esenciales que indica el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS. b) Accesibilidad igualitaria a los establecimientos, bienes y servicios de salud, esto es, sin discriminación, asequible económicamente y accesibilidad a la información. c) Aceptación de las diversas culturas, minorías, pueblos y comunidades, respetando la ética médica y confidencialidad. d) Calidad en el servicio y atención desde el punto de vista médico, a la par de mantener buenas condiciones sanitarias y personal médico capacitado.

En el apartado 22 de los niños y adolescentes, la Observación N°14 afirma que “se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades”, además recoge el exhorto que realiza la Convención de los Derechos del Niño a los Estados a asegurar el acceso a la salud de los niños y sus familias y se sostiene que “es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños”.

En razón de los adolescentes, señala el apartado 23 que los Estados Partes tienen el deber de asegurarles un “entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud”, luego el apartado 24 establece que “la consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente”.

III) La Convención de 1989 en su artículo 24 reconoce que el niño tiene derecho “al disfrute más alto posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”, además obliga a los Estados a tomar medidas para que ningún niño sea despojado de su derecho a “esos servicios sanitarios”. De igual forma se refuerzan estos artículos con la definición al margen sobre salud y servicios médicos, donde se reitera lo dispuesto en el artículo 24.

IV) Las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los Menores Privados de Libertad (Reglas de la Habana) establecen como primer lineamiento del sistema de justicia infanto-adolescente, que éste “deberá respetar los derechos y la seguridad de los menores y fomentar su bienestar físico y mental”.

Bajo el lineamiento de garantizar a los adolescentes sujetos a la administración de justicia penal su bienestar físico y mental, el artículo 28 exige que la detención de los menores se concrete considerando, entre otras, las condiciones de salud física y mental propias de cada menor y establecer como criterio de segregación, directrices que atiendan a sus circunstancias particulares y a la “protección de su bienestar e integridad físicos, mentales y morales”.

Por su parte, el artículo 32 regula directamente una cuestión que pudiese afectar el derecho a la salud, esto es, el emplazamiento del lugar de aprisionamiento. Al respecto, se establece que el lugar físico donde se lleve a cabo la detención del menor no debe estar situado en lugares de manifiesto riesgo para la salud u otros peligros. Asimismo, los artículos 36 y 37 del mismo cuerpo normativo, indican

medidas para salvaguardar la “buena salud” del adolescente privado de libertad, otorgándole adecuada vestimenta y alimentación.

Si bien se regulan aquellas circunstancias que inciden en el derecho a la salud, es indispensable establecer medios que posibiliten el acceso a ella. En ese sentido, en el apartado H de las Reglas de la Habana, se establecen normas respecto de la atención médica durante la prisión de los menores. En este sentido, el artículo 49 señala que “Todo menor deberá recibir atención médica adecuada, tanto preventiva como correctiva” y tener acceso al tratamiento médico que requiera, sea éste farmacológico o alimenticio.

A propósito de los Procedimientos Disciplinarios, el artículo 67 prohíbe cualquier sanción que pueda poner en peligro la salud, sea física o mental.

En la sección M sobre Inspección y reclamaciones, se establece en el artículo 73, que las inspecciones deben llevarse a cabo con la participación de profesionales médicos parte de la entidad inspectora o de la salud pública con el objeto de verificar que se respeten las condiciones de vida que establecen las reglas en tanto éstas afecten la salud física y mental.

El artículo 87 establece que el desempeño de los funcionarios que se relacionen con los menores en los centros de reclusión, debe, entre otros, “velar por la cabal protección de la salud” de los adolescentes.

4. Del derecho a la salud mental en particular de los adolescentes privados de libertad.

4.1. Definición.

En general, la salud mental es definida por la OMS como un “estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. Sin

embargo, es necesario especificar ciertos aspectos para referirnos a la salud mental en niños, niñas y adolescentes. En primer lugar, no resulta acertado establecer que un niño “realiza sus capacidades”, toda vez que un menor es un sujeto en formación y no se espera de él que tenga conciencia plena de cuáles son sus capacidades, por lo tanto la realización de las mismas es progresiva⁴. Tampoco es correcto indicar que la salud mental de un niño o adolescente debe permitirle “trabajar de forma productiva” y “contribuir a su comunidad” ya que esto va contra todos los derechos fundamentales establecidos en favor de ellos y se entiende que aún están en una etapa de recibir cuidados y protección de su comunidad, no brindarlos. Por otro lado, la definición de salud mental en niños, niñas y adolescentes otorgada por el Departamento de Salud de Sudáfrica y recogida por el Informe del Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para los Derechos humanos del 2017, resulta ser más certera al indicar como tal “la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológicos”.⁵

4.2. Relación entre salud física y salud mental.

La normativa internacional ha manifestado en diversos tratados, de forma evidente o implícita, que toda persona tiene derecho a mantener un máximo bienestar físico y mental. Respecto de ello, diversos estudios han demostrado que existe estrecha correspondencia entre una mala salud mental y el desarrollo de problemas físicos de salud. Muestra de lo anterior, es lo expuesto por Kristian Wahlbeck, profesor de investigación en el Instituto Finlandés de Salud y Bienestar, en un estudio sobre esperanza de vida en pacientes con trastornos psiquiátricos⁶, donde se concluye que las mujeres con problemas mentales tienen una esperanza de vida 15 años menor que el resto de sus pares, y en el caso de los hombres disminuye a 20 años por debajo del promedio. Siguiendo esta línea, la Organización Mundial de la Salud en su Plan de Acción sobre Salud Mental del año 2013 al 2020, indica que los sujetos

⁴ Véase Terán, P. (2018). *Desarrollo de las habilidades para la vida en niños y niñas en edad escolar de la Institución Educativa Gimnasio La Arboleda: Una sistematización de experiencias*. [Tesis Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás].

⁵ Sudáfrica, Dpto. de Salud, Policy Guidelines: Child and adolescent Mental Health (2001), p.4. como se citó en A/HRC/34/32, p. 5.

⁶ Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), pp. 453-458.

que padecen depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40 a 60 por ciento más elevado que el promedio de la población en general. Además, señala que las personas con depresión son más propensas a sufrir infarto de miocardio y diabetes y, a la inversa, aquellos que sufren de estas dolencias están mayormente inclinados a padecer depresión que el resto de las personas. (OMS, 2013). En el Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos del año 2017, se indica que los motivos más relevantes en tan estrecha relación consisten en que “la mala salud mental es un factor que propicia la aparición de problemas de salud física”, sumado a que en la mayoría de los países con escaso desarrollo de políticas de salud mental, suelen darse los “diagnósticos enmascarados”, “en los que un síntoma físico se atribuye erróneamente a un problema de salud mental por lo que no recibe el tratamiento adecuado o incluso ninguno” (ONU, 2017).

En línea con lo anteriormente expuesto, pareciera ser que un íntegro Derecho a la Salud implica el derecho a “un sistema que promueva el máximo nivel de salud” (ONU,2017), entendido como aquel que se obtiene al considerar tanto afecciones físicas como mentales. A pesar de la dispar relevancia que se les da en la realidad, en ningún caso se evidencia en la normativa internacional, un intento por establecer una relación de jerarquía que priorice la salud física por sobre la salud mental, por el contrario, las disposiciones están establecidas en orden de tratar en pie de igualdad ambas áreas de la salud.

4.3. Áreas de Interés para el Derecho Internacional.

El interés por parte del Derecho internacional sobre esta materia gira en torno a dos situaciones que se presentan en la realidad. Por una parte, se encuentran aquellos adolescentes que no presentan patologías mentales previas o durante el encarcelamiento -pero que igualmente pudiesen ver seriamente comprometido su bienestar psíquico producto de éste-. Por otra parte, se encuentran aquellos menores que han ingresado a cumplir pena privativa de libertad sufriendo trastornos o patologías mentales anteriores -y que por diversos motivos no han sido declarados inimputables- o que los desarrollan durante dicha privación.

4.3.1. Menores sin patologías de salud mental.

4.3.1.1. Campo normativo que les asiste.

1. La Convención sobre los Derechos del niño contiene un espíritu abocado a resguardar el desarrollo íntegro del menor, tomando en cuenta tres áreas fundamentales, a saber: contexto social, confort físico y bienestar mental (equivalente a bienestar moral, psíquico o espiritual). Así es como en su introducción indica que “La convención, a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social”. Otra evidencia de la importancia que tiene el bienestar mental del menor en la Convención, es el artículo 19, que, a propósito de la protección del menor contra malos tratos, indica que “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental”.
2. Las Reglas de la Habana, respecto a factores que inciden en el bienestar psíquico de los menores privados de libertad, señala en su artículo 35 que éstos deben poseer bienes personales ya que el derecho a la intimidad se considera fundamental en la integridad psicológica del menor.

También se considera en el artículo 52 que, cualquier circunstancia propia del internamiento que haya afectado el bienestar físico o mental del menor o que pudiese hacerlo, debe ser comunicado por el médico al director del establecimiento y a la autoridad independiente responsable de la integridad del menor.

El apartado L, respecto de los procedimientos disciplinarios, indica en su artículo 66 que los mismos “deben ser compatibles con el respeto de la dignidad inherente y con el objetivo fundamental del tratamiento institucional, a saber, infundir un

sentimiento de justicia y de respeto por uno mismo y por los derechos fundamentales de toda persona”.

Sobre la misma materia, el artículo 67 indica que *“Estarán estrictamente prohibidas todas las medidas disciplinarias que constituyan un trato cruel, inhumano o degradante, incluidos los castigos corporales, la reclusión en celda oscura y las penas de aislamiento o de celda solitaria, así como cualquier otra sanción que pueda poner en peligro la salud física o mental del menor. Estarán prohibidas, cualquiera que sea su finalidad, la reducción de alimentos y la restricción o denegación de contacto con familiares. El trabajo será considerado siempre un instrumento de educación y un medio de promover el respeto del menor por sí mismo, como preparación para su reinserción en la comunidad, y nunca deberá imponerse a título de sanción disciplinaria (...).”*

En el apartado M de inspección y reclamaciones, se establece sobre ellas que deben participar personal médico especializado perteneciente a la entidad supervisora o al servicio de salud pública. Además, el artículo 77 menciona como sus funciones, las de supervisar las condiciones de vida del centro que afecten la salud física o mental de los menores, dentro de las que poseen especial relevancia: el ambiente físico, higiene, alojamiento, comida, ejercicios y servicios médicos.

Sobre el desempeño de las funciones del personal del centro de detención, el artículo 87 indica que se deben respetar la dignidad y derechos fundamentales de los menores e indica que: *“a) Ningún funcionario del centro de detención o de la institución podrá infligir, instigar o tolerar acto alguno de tortura ni forma alguna de trato, castigo o medida correctiva o disciplinaria severo, cruel, inhumano o degradante bajo ningún pretexto o circunstancia de cualquier tipo; (...) d) Todo el personal deberá velar por la cabal protección de la salud física y mental de los menores, incluida la protección contra la explotación y el maltrato físico, sexual y emocional, y deberá adoptar con urgencia medidas para que reciban atención médica siempre que sea necesario; e) Todo el personal deberá respetar el derecho de los menores a la intimidad y, en particular, deberá respetar todas las cuestiones confidenciales relativas a los menores o sus familias que lleguen a*

conocer en el ejercicio de su actividad profesional; f) Todo el personal deberá tratar de reducir al mínimo las diferencias entre la vida dentro y fuera del centro de detención que tiendan a disminuir el respeto debido a la dignidad de los menores como seres humanos.”

3. Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos establece en la primera sección sobre reglas de aplicación general, lineamientos de cómo deben ser los locales destinados a los reclusos. Así en sus artículos del 9 al 14 señala que:
“9.1) Las celdas o cuartos destinados a aislamiento nocturno no deberán ser ocupados más que por un solo recluso. Si por razones especiales (...) la administración penitenciaria central hiciera excepciones a esta regla, se deberá evitar que se alojen dos reclusos en cada celda o cuarto individual. 2) Cuando se recurra a dormitorios, éstos deberán ser ocupados por reclusos cuidadosamente seleccionados y reconocidos como aptos para ser alojados en estas condiciones. Por la noche, estarán sometidos a una vigilancia regular, adaptada al tipo de establecimiento de que se trate.
10. Los locales destinados (...) al alojamiento de los reclusos durante la noche, deberán satisfacer las exigencias de la higiene, habida cuenta del clima, particularmente en lo que concierne al volumen de aire, superficie mínima, alumbrado, calefacción y ventilación.
11. En todo local donde los reclusos tengan que vivir o trabajar: a) las ventanas deben ser lo suficientemente grandes para que el recluso pueda leer y trabajar con luz natural; y deberán estar dispuestas de manera que pueda entrar aire fresco, haya o no ventilación artificial; b) La luz artificial tendrá que ser suficientemente para que el recluso pueda leer y trabajar sin perjuicio de su vista.
12. Las instalaciones sanitarias deberán ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente.
13. Las instalaciones de baño y de ducha deberán ser adecuadas para que cada recluso pueda y sea requerido a tomar un baño o ducha (...).
14. Todos los locales frecuentados regularmente por los reclusos deberán ser mantenidos en debido estado y limpios.”

Luego, el artículo 21.2 señala que los reclusos jóvenes recibirán durante el período reservado al ejercicio, educación física y recreativa.

En relación con las sanciones disciplinarias, el artículo 31 establece que *“Las penas corporales, encierro en celda oscura, así como toda sanción cruel, inhumana o degradante quedarán completamente prohibidas como sanciones disciplinarias.”*

Sigue el artículo 32 señalando que las penas de aislamiento, reducción de alimentos o cualquier otra sanción que pueda afectar la salud física o mental, sólo podrán aplicarse luego de que el médico indique por escrito que el recluso puede soportarlas y en todo caso, no deberán vulnerar lo establecido en el artículo 31. El médico, además deberá visitar diariamente a los reclusos que se encuentren cumpliendo sanción disciplinaria a fin de verificar que no se vea afectada la salud física o mental de los mismos e informar al director cuando considere necesario, en virtud de ello, poner fin a la sanción.

Se asegura también, que los reclusos tengan contacto con el mundo exterior. Sobre ello, el artículo 37 indica que *“Los reclusos estarán autorizados para comunicarse periódicamente, bajo la debida vigilancia, con su familiar y con amigos de buena reputación, tanto por correspondencia como mediante visitas.”*

La segunda parte de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos indica Reglas aplicables a categorías especiales. Al respecto, el artículo 60 señala que las diferencias entre la vida en prisión y la vida libre deben verse reducidas por el régimen del establecimiento penitenciario en tanto *“contribuyan a debilitar el sentido de responsabilidad del recluso o el respeto a la dignidad de su persona”*.

En relación con la Instrucción y recreo de los reclusos, se indica en los artículos 77 y 78 que deben tomarse disposiciones a fin de mejorar la instrucción o educación de los privados de libertad e incluso la instrucción religiosa si fuese posible. Se deben organizar actividades recreativas y culturales para cultivar el bienestar físico y mental de los reclusos.

4.3.1.2. Factores que deben considerarse.

Del análisis normativo anterior, tenemos que el Derecho Internacional establece directrices que deben seguir los estados en la ejecución de la pena privativa de libertad en adolescentes sin trastornos, enfermedades o patologías previas, en miras de su resocialización, las cuales giran en torno a la mínima afectación de derechos y capacitación para la vida postpenitenciaria:

1. Mínima afectación de Derechos: según la “teoría de las emociones”, las situaciones exteriores al individuo, tienen la capacidad de generar reacciones en él, a esto se le denomina “estrés”. El estrés está compuesto de dos conceptos: estresor y respuesta de estrés. El primer concepto dice relación con factores o situaciones que gatillan el estrés. El segundo, se refiere a “un mecanismo de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que favorece una mejor percepción y posterior evaluación de las situaciones y sus demandas, así como a un procesamiento más rápido y eficaz de la información disponible con la consiguiente búsqueda de soluciones y consecuente selección de las conductas adecuadas para hacer frente a la situación”⁷, siendo la activación fisiológica mencionada, lo que conocemos como “emoción”. Por su parte, la clasificación de las emociones tiende a girar en torno al “agrado-desagrado” causado en el individuo. Si una emoción causa agrado en él, se evidencia una emoción positiva, por el contrario, si causa desagrado, se está en presencia de una emoción negativa (Piqueras, Ramos, Martínez, Oblitas, 2009, p. 87). De esta manera, la inobservancia de algún derecho fundamental a un menor en privado de libertad, puede configurarse como estresor e iniciar una serie de respuestas fisiológicas negativas como la ira, tristeza, miedo, ansiedad, asco y desesperanza. Si bien estas emociones negativas no poseen la capacidad por sí solas de derivar en una patología mental clínica, cuando se manifiestan constantemente a lo largo de determinado espacio temporal, “pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se pierde el carácter adaptativo de éstas y se convierte en un problema que interfiere y genera malestar significativo”.⁸

⁷ Piqueras Rodríguez, J, & Ramos Linares, V, & Martínez González, A, & Oblitas Guadalupe, L (2009). *EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA*. Suma Psicológica, 16(2), p. 87. [fecha de Consulta 7 de diciembre de 2021]. ISSN: 0121-4381. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>

⁸ ibídem. p.95

En la regulación internacional expuesta se evidencia el claro sentido por disminuir las diferencias existentes entre la vida en prisión y en libertad por ello se hace énfasis en que no se deben afectar aquellos derechos que no sean estrictamente necesarios y útiles en el cumplimiento de la pena privativa, especialmente en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño; artículos 35, 52 y 87 de las Reglas de la Habana; y, artículos 21, 77 y 78 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. Resulta de manifiesto que el principal derecho fundamental conculcado es el derecho a la libertad, sin embargo, ello no conlleva la vulneración de otros derechos como el derecho a la vida, a la dignidad, a la integridad, a la salud, entre otros. En consecuencia, la violación sistemática de derechos fundamentales que se vive en los centros de menores repercute directamente en la integridad psíquica del adolescente y si son constantes en el tiempo podrían desencadenar trastornos o patologías mentales que requieran atención médica y tratamiento adecuado.

2. Prohibiciones en torno a ciertas medidas disciplinarias: en línea con la mínima afectación de derechos y los artículos 66 y 67 de las Reglas de la Habana, y, artículos 31 y 32 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, se establece que las medidas disciplinarias en torno al comportamiento de los menores en los centros, deben respetar la dignidad inherente de cada menor.

Como se expuso en el apartado anterior, las situaciones de estrés pueden ser causantes de problemas psicológicos y psiquiátricos si es que se mantienen constantemente. Por ello resulta imprescindible disminuir los factores detonantes para mantener una buena salud mental en menores privados de libertad. La administración del centro de menores debe considerar esto cuando se impongan medidas disciplinarias, las que deben aplicarse cuando sea verdaderamente necesario y útil para disciplinar a un menor, debiendo necesariamente existir un protocolo que indique a los funcionarios cuándo, cómo y cuál medida es pertinente; en su ejecución se debe respetar la dignidad del menor; debe estar completamente prohibida cualquier forma de tortura, trato cruel, inhumano o degradante; debe estar en conocimiento del médico del recinto y éste debe visitar

diariamente al menor a fin de constatar que la medida disciplinaria no ha afectado su salud física o mental e indique si la misma debe cesar inmediatamente.

3. Infraestructura del lugar de cumplimiento de la pena privativa: la infraestructura penitenciaria impacta considerablemente en la salud mental, los reclusos que consideran cumplir su condena en instituciones con “buena infraestructura” tienen menos posibilidades de considerar, bajo su percepción, que tienen “difícil acceso a la salud”, a la vez, consideran que viven en un ambiente “más saludable” (Sanhueza, y Candia, 2019, p. 10). Además, existen variados estudios que demuestran la estrecha relación que existe entre el ambiente físico de un individuo y la salud física y mental⁹.

Los estándares internacionales sobre la materia indican que el lugar donde se mantiene a los prisioneros debe tener acceso a la luz natural del día, servicios sanitarios que permitan realizar su aseo personal y necesidades básicas en condiciones higiénicas, como se menciona en los artículos 9 al 14 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos.

4. Contacto con la comunidad: si se tiene en cuenta que la finalidad de la sanción en el derecho penal infanto-adolescente es la reinserción, resulta lógico considerar que, para lograrlo, el menor debe tener contacto con la sociedad para evitar el sentimiento de abandono y de no pertenencia toda vez que esto puede significar menoscabo psíquico y enfermedades mentales posteriores. Los artículos 59 a 62 de las Reglas de la Habana establecen derechos en favor de los adolescentes y que permiten el contacto con su comunidad. Evidentemente, el contacto con el “mundo exterior” no se puede dar normalmente en el contexto de privación de libertad por razones físicas obvias y debido a la receptividad del menor en estas situaciones. Por ello lo recomendado es realizar una minuciosa evaluación de cada menor y establecer, tomando en cuenta sus requerimientos, la forma en que se abordará su contacto con la comunidad a la que pertenece.

⁹ Romero Placeres, Manuel, Álvarez Toste, Mireya, & Álvarez Pérez, Adolfo. (2007). Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(2) Recuperado en 18 de diciembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200001&lng=es&tlng=es.

5. Educación: la educación es un derecho fundamental de todo niño, por ello es recogido también en el derecho internacional al referirse a menores sujetos a responsabilidad penal, en los artículos 38 al 46 de las Reglas de la Habana y artículo 77 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos. Salvo excepciones, los niños, niñas y adolescentes infractores, son desertores del sistema de educación, por el contrario, aquellos menores que son parte activa del sistema de educación son menos proclives a mantener conductas criminales. Esta relación entre educación y crimen se explica tradicionalmente dado que la educación y la capacitación aumentan los niveles de capital humano y los salarios, desincentivando las conductas disociales. Por ello, resulta trascendental para la resocialización de los menores, lograr la escolarización obligatoria y crear expectativas educacionales a futuro en torno al acceso a educación superior.
6. Acceso a actividades recreativas en grupo: junto con la educación, configura un factor relevante para la resocialización de un menor privado de libertad. El contacto en juegos o actividades con sus pares tiene un rol importante en el desarrollo afectivo-social de todos los niños: estimula la comunicación y cooperación, facilita el autoconocimiento y desarrollo personal, permite generar empatía, ayuda al desarrollo intelectual, amplía el conocimiento del mundo social del adulto y prepara para la vida laboral (García y Alarcón, 2011). Por lo tanto, las actividades y juegos realizados tanto individualmente como con pares resultan relevantes en la reinserción toda vez que configura una instancia de aprendizaje y se puede utilizar a su vez como canalizador de emociones negativas.
7. Visitas: el contacto con familiares y amigos es fundamental para generar expectativas posteriores a la prisión. De esta forma se permite que el menor reciba novedades de su entorno más cercano y se incentiva el sentimiento de pertenencia a un grupo. Además, se deben considerar visitas de índole religiosa y educacional; la posibilidad de hablar por teléfono perteneciente a las instalaciones del centro penitenciario; y, la posibilidad de recibir y enviar correspondencia.

4.3.2. Menores con patologías de salud mental.

La legislación internacional permite que los tribunales remitan a las personas con trastornos o patologías mentales, a un hospital para recibir tratamiento especializado en lugar de destinarlas a cumplir su sentencia en una cárcel. Sin embargo, dependiendo de la legislación y sistema judicial interno de cada país, un sujeto con problemas de salud mental pudiese cumplir su sentencia en una prisión o desarrollar un trastorno mental estando privado de libertad. En tal situación, el derecho internacional indica que cada Estado debe contemplar normas legislativas y/o administrativas destinadas a asegurar el correcto tratamiento y atención médica para tratar los trastornos mentales de los privados de libertad en instituciones médicas especializadas si no pudiese ser tratado en prisión (OMS, 2006).

4.3.2.1. Campo normativo que les asiste.

1. La Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 23, sobreentiende el derecho a la salud mental cuando establece que “el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”, toda vez que este artículo apunta a la correcta integración del niño en la sociedad.
2. El PIDESC, en su artículo 12 letra c) establece respecto del derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, el deber de los Estados partes de crear condiciones que aseguren a las personas acceso a asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.
3. Las Reglas de la Habana establecen en su artículo 21 letra e) que en el lugar donde se encuentren menores detenidos, debe llevarse registro de los problemas de salud mental conocidos de cada menor, incluyendo el uso de drogas y alcohol.

Como se indicó en el campo normativo del derecho a la salud, el artículo 49 de este mismo texto establece el derecho de los menores privados de libertad a recibir atención médica especializada, en este caso, en salud mental. Luego, continúa el artículo 50 estableciendo que los niños, niñas y adolescentes deben ser examinados por personal médico “inmediatamente después de su ingreso en

un centro de menores” con la finalidad de “hacer constar cualquier prueba de malos tratos anteriores y verificar cualquier estado físico o mental que requiera atención médica”.

El artículo 53 establece el derecho a recibir tratamiento en una institución especializada a aquellos menores que sufran enfermedades mentales, siendo atendido por personal médico independiente al personal administrativo de la prisión. Asimismo, se establece el deber del Estado por coordinar con los organismos pertinentes el tratamiento posterior al cumplimiento de la condena en caso de ser necesario.

Se reafirma la noción de que los menores privados de libertad siguen gozando de los mismos derechos que tendrían estando en libertad. En este sentido el artículo 54 indica que los internos alojados en unidades hospitalarias de la prisión o en instituciones de salud mental, tienen derecho a la protección de sus derechos y a gozar de las mismas facultades que los demás pacientes con trastornos mentales.

4. Las Reglas Mínimas para el tratamiento de los Reclusos en el artículo 22 sobre Servicios Médicos, establece que cada establecimiento penitenciario debe tener personal médico calificado y que posea conocimientos psiquiátricos. Además, indica sobre los mismos que “deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales”

El artículo 24 dispone que un médico deberá examinar al recluso inmediatamente después de su ingreso en un centro penitenciario y, posteriormente, cada vez que sea pertinente, a fin de determinar la existencia de enfermedades físicas o mentales y señalar deficiencias mentales que pudiesen obstaculizar la readaptación.

Respecto del deber del médico en el centro penitenciario, el artículo 25 dispone que éste “estará de velar por la salud física y mental de los reclusos” y deberá realizar visitas diarias a aquellos reclusos que se encuentren enfermos. El médico

debe presentar un informe al director de la prisión o centro, cada vez que considere que la salud mental o física de un prisionero "haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de reclusión".

En relación a las sanciones disciplinarias, el artículo 32 indica que las sanciones de aislamiento y reducción de alimentos, así como cualquier otra que pueda afectar la salud física o mental de un recluso, solo podrán aplicarse luego de que el médico lo hubiese examinado y hecho constar por escrito que éste puede soportarlas. Una vez llevada a cabo la sanción disciplinaria, el médico deberá realizar examen diario al recluso e informar al director cuando considere necesario modificar o terminar la sanción por motivos de salud física o mental del recluso.

Según el artículo 62, los médicos del recinto penitenciario deben esforzarse en descubrir y tratar las deficiencias o enfermedades físicas o mentales que configuren dificultades para la reinserción social del recluso. Debe utilizarse para ello, tratamiento médico, quirúrgico y psiquiátrico.

El apartado B sobre reclusos alienados y enfermos mentales señala lo siguiente:

"82.1) Los alienados no deberán ser recluidos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. 2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos. 3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. 4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.

83. Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y que se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico."

4.3.2.2. Factores que deben considerarse.

Según la normativa internacional expuesta, se evidencian una serie de factores que establecen los lineamientos necesarios para asegurar el derecho a la salud mental de los menores aquejados por enfermedades mentales y que no son considerados alienados, es decir, aquellos que por diversos motivos de carácter psicológico y psiquiátrico, se consideró en juicio que son responsables de sus acciones¹⁰.

1. Registro acerca de los problemas de salud mental conocidos: la exigencia de registrar las enfermedades mentales existentes en los reclusos se da en dos instancias. La primera de ellas es inmediatamente posterior al ingreso del menor en la instalación penitenciaria o centro de menores. La segunda instancia es amplia y abarca toda la duración del encarcelamiento. Según los artículos 21 letra e) y 50 de las Reglas de la Habana, el registro debe contener “problemas de salud mental conocidos” y “cualquier estado mental que requiera atención médica”. Sin embargo, no se indica si solamente deben registrarse aquellas enfermedades diagnosticadas y en actual tratamiento médico, o potenciales trastornos aún no diagnosticados oficialmente.
2. Personal especialista en salud mental en los centros de menores: cuando el Derecho Internacional utiliza el término personal asistencial, médico, capacitado, especialista u otro equivalente, se hace alusión tanto a médicos como auxiliares de la salud (enfermeros, técnicos, otros), los que deben tener especialidad relacionada con la salud mental, en caso de los médicos tratantes, o conocimientos en el área, para el caso de los auxiliares. Sin embargo, al exigir la presencia de personal médico calificado en las instalaciones de la prisión, sea en materia de derecho infanto-adolescente o de adultos, no indica cuáles son los lineamientos que deben desarrollar éstos en su función. Por ejemplo, el artículo 53 de las Reglas de la Habana, al señalar que los menores deben ser “atendidos por personal médico”, no refiere las funciones que debe desarrollar el personal durante la atención para que la misma sea adecuada. Lo mismo ocurre con la normativa que contiene las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, donde se menciona constantemente en los artículos 22 al 26, que debe existir un

¹⁰ Se sugiere revisar la siguiente monografía, donde se incluye jurisprudencia respecto de la eximente de responsabilidad penal por enfermedad mental: Rengifo, J. (2010) *“La Eximente de Responsabilidad Penal por Trastorno Mental en el Derecho Penal Internacional. Su Operatividad y Relevancia”*. [Monografía]. Repositorio Institucional-Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

médico en el establecimiento penitenciario, pero sobre él se indica como suficiente que “deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos”, también se mencionan como sus funciones las de realizar examen médico inmediatamente posterior al ingreso de los reclusos y ulteriormente a modo de prevención; realizar visitas e inspecciones y asesorar al director del centro penitenciario. Como se evidencia, muy poco se dice respecto del papel de los funcionarios en la asistencia a los problemas de salud mental en prisión en el Derecho Internacional.

Una revisión del marco normativo sobre el tema, hace saltar a la luz que la función principal que se espera de ellos es que realicen diagnóstico y tratamiento de los reclusos enfermos, no obstante, es pertinente especificar los estándares que el personal médico debiese desarrollar en pos de su función principal:

- Identificar y diagnosticar a los internos que poseen problemas mentales, presenten sintomatología o no, inmediatamente posterior a su ingreso en el centro penitenciario y mientras se extienda el encierro, teniendo en consideración tanto su historial médico como las condiciones reales en que ingresa a cumplir su condena.
- Establecer el tratamiento adecuado para cada menor recluso según su diagnóstico y realizar un programa individual de seguimiento que ayude a minimizar el impacto de su trastorno o patología mental mientras se encuentre en prisión
- Realizar lineamientos que aseguren el proceso de rehabilitación de cada paciente.
- Configurar un programa de trabajo multidisciplinario para evitar las conductas autolesivas.
- Asegurar la derivación a un centro de salud comunitario donde se continúe con el tratamiento prescrito y se realicen controles de seguimiento al paciente una vez concluido su encarcelamiento.
- Informar a las autoridades administrativas de cada cuestión medicolegal que sea de su competencia.
- Informar y promover la salud mental dentro del establecimiento penitenciario de menores.

- Realizar recomendaciones a la autoridad administrativa encargada del centro penitenciario a fin de que el establecimiento sea compatible con el mantenimiento de una buena salud mental de los menores reclusos considerando los factores de su etapa de desarrollo.¹¹

En cumplimiento de estos estándares, se asegura a los menores privados de libertad que la presencia de personal médico capacitado en las instalaciones donde cumplirán la pena, sea efectiva de acuerdo a sus funciones y su derecho a la salud mental.

3. Acceso a atención médica: junto con los profesionales especialistas en salud mental, debe asegurarse el acceso oportuno y apropiado a atención médica con estos profesionales y en establecimientos especializados sea dentro o fuera del centro. Además del acceso físico a la salud, los menores deben tener acceso a información concerniente a salud mental propiamente tal e información respecto de los procedimientos o protocolos establecidos por la administración del centro para lograr obtener atención médica.

En el artículo 23 inciso segundo de la Convención sobre los Derechos del Niño, se indica que el Estado debe asegurar los cuidados y prestaciones especiales que éste requiera. Se colige, entonces, que los menores aquejados por patologías, trastornos o dificultades mentales tienen derecho a que se les brinde una atención adecuada a sus padecimientos. Así mismo se considera en los artículos 12 c) del PIDESC y 82 n° 2 y 4 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos. Además, según el artículo 83 de este último texto, debe considerarse la continuación de la atención médica en instituciones comunitarias o públicas en el postpenitenciario.

4. Prohibición de aplicar ciertas medidas disciplinarias: las medidas disciplinarias deben ser aplicadas en contextos seguros tanto jurídicamente -ya que el menor debe tener certeza de cuándo, por qué motivo y bajo qué protocolo serán aplicadas-, como respecto de la integridad física y psíquica. Se prohíbe completamente cualquier sanción disciplinaria contraria a la dignidad o que

¹¹ Véase: GSMP. (2011). *Guía de atención primaria de la salud mental en prisión*. (p.12) OMEditorial.

signifique torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Así lo indica el artículo 32 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos y otras disposiciones que se verán más adelante.

5. El deber ser del Estado de Chile en materia de derecho a la salud mental.

5.1. La posición de garante de los Estados.

La naturaleza de las obligaciones que adquiere el Estado respecto de determinado tratado viene dada por las consideraciones y obligatoriedad del mismo. Sin embargo, en general, el Derecho Internacional establece que los Estados son directamente responsables de garantizar todos los derechos contenidos en los documentos internacionales que ratifican. Según la Observación General N° 3 de 1990 respecto del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, esta posición de garante viene dada por tres ejes centrales: respetar, proteger y cumplir. El primer eje, el de respetar, significa que el estado debe abstenerse de interferir directa e indirectamente con el disfrute de un derecho por parte de sus habitantes; el eje de protección implica evitar que terceros afecten el disfrute del derecho; y finalmente, el eje de cumplir está relacionado con la adopción de todas las medidas posibles para asegurar el pleno goce de los derechos a las personas.

5.2. Estándares y principios internacionales que debe observar el Estado.

De acuerdo con lo anterior, el "deber ser" del Estado de Chile respecto del derecho a la salud mental en menores sujetos a responsabilidad penal, específicamente en régimen cerrado, viene dado por respetar, proteger y cumplir los siguientes estándares:

5.2.1. En menores sin patologías de salud mental.

1. Mínima afectación de derechos: Mientras se prolongue el internamiento del menor en los centros cerrados, el Estado debe procurar que tanto su actuar como el de la entidad administrativa del recinto y los funcionarios, no lesionen derechos más allá de los estrictamente necesarios y útiles para los fines que el derecho internacional ha establecido para la pena.
2. Prohibición en torno a ciertas medidas disciplinarias: El Estado debe abolir las medidas disciplinarias en los centros de menores que sean contrarios a la dignidad o que signifiquen torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Además, debe establecer la forma en que se llevarán a cabo las sanciones disciplinarias y los recursos de impugnación que posean los menores sobre las mismas, quienes deben tener acceso constante a esta información.
3. Infraestructura del lugar de cumplimiento de la sanción: El Estado debe mantener una infraestructura de los centros de menores de acuerdo con la edad de los internos, que sea digna, cuente con altos estándares de higiene y que favorezca el proceso de resocialización.
4. Contacto con la comunidad: El Estado debe garantizar que el menor cumpliendo pena privativa de libertad, pueda seguir en contacto con su comunidad: seres queridos, familiares y amigos. Además, debe hacerlo partícipe en la misma a través de la educación, visitas y actividades.

5.2.2. En menores con patologías de salud mental.

1. Registro: El registro debe abarcar dos dimensiones, la particular del adolescente y la general a fin de llevar un registro centralizado que permita elevar datos y estadísticas a la institución, lo cual facilita tanto la implementación de programas como la evaluación e inspección de resultados. Respecto del registro particular del adolescente, se debe asegurar que cada menor sea evaluado por un médico especialista en salud mental inmediatamente después de su ingreso en un centro de menores a fin de hacer constar en su expediente aquellos trastornos,

desórdenes o patologías mentales. Además, en dicho expediente se debe registrar antecedentes relevantes respecto de la salud mental del menor antes de ingresar a cumplir la sanción penal.

2. Presencia de personal médico especializado en salud mental: El Estado debe garantizar que cada centro de menores de régimen cerrado cuente con personal médico experto en salud mental. Al indicar “personal médico” se hace referencia a psiquiatras, psicólogos, neurólogos o afines y a enfermeros y técnicos con especialidad en cuidado de pacientes con problemas mentales o experiencia certificada en la misma área. Esta presencia debe ser constante y la cantidad de personal debe ser proporcional a la cantidad de internos.
3. Acceso a atención médica: El Estado debe asegurar que cada menor privado de libertad pueda recibir atención médica cada vez que él mismo lo requiera o sea pertinente. Para ello el menor debe tener completa información sobre los protocolos establecidos en cada caso.
4. Prohibición en torno a ciertas medidas disciplinarias: Se debe evitar completamente este tipo de medidas respecto de adolescentes que presenten problemas mentales graves, situación que debe ser examinada profundamente por el personal médico de la institución.

Con todo, el Estado debe procurar establecer en su ordenamiento jurídico interno, las regulaciones pertinentes a fin de que, dentro de su jurisdicción, las instituciones encargadas de la administración de esta justicia, respete el derecho a la salud mental a la par de la salud física.

CAPÍTULO II: ¿El Estado de Chile recoge los estándares y principios que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos prevé en materia de Derecho a la Salud Mental de los adolescentes privados de libertad, en la legislación que regula a esta población?

1. Generalidades.

Como ya se mencionó, el sistema penal juvenil chileno, a partir de la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal del Adolescente del año 2007, responde al modelo garantista, lo que ha tenido como consecuencia la declaración de una serie de garantías específicas para los infractores juveniles, en un intento por evitar al máximo las consecuencias estigmatizantes y negativas de la justicia penal de adultos, pues teniendo en consideración la especial etapa de desarrollo por la que atraviesa un adolescente y su particular vulnerabilidad, cualquier restricción a su autonomía -como lo es la internación en régimen cerrado con programa de reinserción social- conllevaría un efecto particularmente intenso y negativo en su desarrollo (Maldonado, 2013), y en específico, en su salud mental.

En este sentido, cobran especial relevancia aquellas normas que dicen relación con el derecho a la salud mental de los adolescentes infractores privados de libertad en régimen cerrado, y la diferenciación que podemos hacer entre ellas. Es decir, así como existen normas que se refieren a la situación de los adolescentes que no presentan patologías mentales previas o durante el encarcelamiento -y que establecen lineamientos generales para evitar, precisamente, que no experimenten de forma tan agravada los efectos nocivos del encierro-, también existen otras que se refieren a la situación de aquellos que, si las presentan, o que durante el periodo de privación de libertad las desarrollan de forma manifiesta.

De esta forma, a lo largo de este capítulo analizaremos concretamente si el Estado de Chile recoge o no, en forma explícita, clara y sistematizada, los estándares y principios que el derecho internacional de los derechos humanos prevé en la materia.

2. El derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad en la Ley N° 20.084 y su Reglamento.

2.1. Adolescentes sin patologías de salud mental.

Como establecimos anteriormente, estas normas establecen lineamientos generales para evitar que los adolescentes que ingresan a centros de privación de libertad, no experimenten de forma tan agravada los efectos nocivos del encarcelamiento. Es decir, no son normas específicas que se refieran al cuidado y tratamiento de la salud mental de esta población y a la prevención de estas patologías, sino que más bien son disposiciones generales que tienen por objetivo que los adolescentes se desarrollen en un contexto propicio para la etapa de desarrollo física y mental por la que atraviesan, y que esta restricción a su autonomía no termine por detonar, inexorablemente, patologías de salud mental.

2.1.1. Relación entre la finalidad de la sanción penal y la salud mental.

El artículo 20 de la LRPA consagra que los objetivos de la intervención penal apuntan, por una parte, a hacer efectiva la responsabilidad de los adolescentes por los hechos delictivos que cometan, y por otra, a que la sanción forme parte de una intervención socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social.

En otras palabras, lo que hace esta norma es reconocer, primero, que la sanción debe tener un fin retributivo, toda vez que apunta al castigo merecido que expresa una censura social y moral hacia el infractor, que debería graduarse o ser proporcional con la gravedad del delito (Von Hirsch, 1976, citado por Castro, 2021, p. 9), y segundo -y más preponderantemente-, que también debe tener un fin de prevención especial positiva, toda vez que se dirige contra el infractor para reducir la reincidencia mediante la reinserción social, dándole al encierro la finalidad de incrementar la capacidad de los condenados para desarrollarse pacíficamente en la comunidad (Van Zyl Smit & Snacken, 2013, citado por Castro, 2021, p. 9).

Este último objetivo de la intervención penal es importantísimo, toda vez que traería como consecuencia la necesidad de asegurar de forma efectiva los derechos de los internos -entre ellos el derecho a la salud mental-, de proporcionar oportunidades reales durante y después de que se cumplan las condenas, y de evitar o reducir los efectos nocivos de la cárcel (Van Zyl Smit & Snacken, 2013, p. 140, citado por Castro, 2021, p. 9), pero también, reconoce que la adolescencia genera en el individuo una serie de características que le dan un significado y efectos diversos a la aplicación de una sanción restrictiva de derechos que los que se experimentan en la edad adulta (Maldonado, 2013).

Esta última afirmación se justifica principalmente por dos razones: primero, es precisamente en esta etapa de la vida en la que naturalmente se incrementa la presencia de comportamientos y sintomatología asociada a patologías de salud mental (Maldonado, 2013), y segundo, a ello debemos sumarle que el contexto propio del encierro representa una condición de estrés psicosocial importante (Maldonado, 2013) y opera como un detonante de diversos conflictos y trastornos mentales (Maldonado, 2013, p. 207). Lo anterior puede llegar a tener como consecuencia que el adolescente privado de libertad experimente una influencia negativa determinante y duradera en su salud y bienestar futuro, como el desencadenar patrones de conductas antisociales, violentas, desproporciones emocionales y cognitivas, pérdida de autonomía, pérdida de interés, cuadros depresivos, conductas auto atentatorias, entre otros (Andrade, 2010, p. 19 y 20). Por lo tanto, en la práctica, esto significa que no solo se debe considerar aquella sanción más idónea para el proceso de desarrollo y formación del adolescente, sino que también deben existir, en su ejecución, garantías mínimas de salud mental que permitan la plena integración social del adolescente.

Es precisamente por lo anterior, que sin un pleno respeto al derecho a la salud mental y una plena aceptación del ineludible perjuicio psicológico que el encarcelamiento provoca, no será posible llevar a cabo la finalidad de que la sanción forme parte de una intervención socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social.

2.1.2. Prohibición de aplicar ciertas medidas disciplinarias.

Siguiendo con un análisis de la LRPA, en su artículo 45 se establece que las normas de orden interno y seguridad en recintos de privación de libertad, deben ser compatibles con los derechos reconocidos en la Constitución, en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y otros tratados que sean vinculantes para Chile en virtud del artículo 5º de la Constitución. En particular, establece la prohibición que deben contener dichas normas con respecto a la aplicación de cualquier sanción que pueda poner en riesgo la salud física o mental del adolescente o sea degradante, cruel o humillante, como lo son los castigos corporales, el encierro en celda oscura y las penas de aislamiento de celda solitaria.

Como hemos dicho anteriormente, la adolescencia genera en el individuo una serie de características que inciden en la forma cómo éste percibe, procesa y configura una respuesta frente a los mensajes que subyacen a la normativa penal (Maldonado, 2013, p. 202). Por lo tanto, la aplicación de medidas tales como penas de aislamiento, penas degradantes, crueles o humillantes, con mayor razón pueden llegar a poner en peligro la salud mental del adolescente y es precisamente por ello que se encuentran prohibidas. Además, atentaría directamente contra el derecho a la salud mental en tanto derecho fundamental -pues la misma norma lo establece-, y a ciertos principios tales como el interés superior del niño, la dignidad humana y la reintegración social del adolescente, toda vez que podrían causarles perjuicios irreparables a su salud mental y a su integridad psíquica.

De esta forma, “es evidente que el criterio que ha de adoptarse en materia disciplinaria, conforme a los principios garantistas generales, ha de ser siempre el del mínimo necesario, de acuerdo al interés superior del niño. Con razón Gaetano de Leo, desde el principio del interés superior del niño, señala que el “tratamiento” no puede convertirse en un mecanismo retributivo ni correccional, de lo que se trata es de considerar al adolescente en toda su complejidad de necesidades, en que se consideren respuestas diferenciadas distintas de aquellas del “secuestro institucional de los autores menores”¹².

¹² Bustos, Juan. (2007). “El Derecho Penal del Niño-Adolescente. Estudio de la ley de responsabilidad penal del adolescente”. Santiago, Ediciones Jurídicas de Santiago. Disponible en

Sin perjuicio de lo anterior, y adelantándose a un tema que será tratado más adelante, el artículo 75 del Reglamento de la LRPA, establece la medida de separación del grupo, la que, en la práctica -y por la redacción del mismo artículo-, ha sido aplicada como sanción de aislamiento en celda solitaria, pese a que en su inciso segundo se señala de forma explícita que no corresponde a una pena de aislamiento.

2.1.3. Otras medidas en relación.

Artículo 2º de la LRPA

En este artículo se establece el principio de interés superior del niño, en los mismos términos que lo hace el artículo 2º del Reglamento. Como ya hemos hablado de éste con anterioridad, solo queda recalcar que todo nuestro sistema de responsabilidad penal de los adolescentes se erige sobre este principio, el cual tiene como finalidad el reconocimiento y el respeto de los derechos de los adolescentes y protegerlo de los efectos negativos que la imposición de una pena les produce.

Artículo 17 de la LRPA

En virtud de la internación en régimen cerrado con programa de reinserción social y de cumplir con los objetivos de la intervención penal que establece el artículo 20 de esta misma ley, es que se establece que este régimen necesariamente debe considerar la plena garantía de la continuidad y reinserción escolar, así como la participación en actividades de carácter socioeducativo, de formación, de preparación para la vida laboral y de desarrollo personal. Luego, los artículos 51 y 52 del Reglamento regulan específicamente estas garantías, con el objetivo de lograr la mejor reinserción social del adolescente, y, en consecuencia, lograr un pleno respeto a su salud mental y psíquica, en tanto sujeto en desarrollo.

<http://bibliografias.uchile.cl.uchile.idm.oclc.org/files/presses/1/monographs/4541/submission/proof/90/index.html>. P. 88.

Artículo 44 de la LRPA

El artículo 44 de la LRPA, establece que la ejecución de las sanciones privativas de libertad están dirigidas a la reintegración del adolescente al medio libre, y para ello, debe considerarse la participación en actividades socioeducativas, de formación y de desarrollo personal.

Como vemos, el eje central y objetivo de las sanciones privativas de libertad es la reintegración social y rehabilitación del adolescente, por lo que esta norma viene a replicar lo consagrado en el artículo 20 de la LRPA ya mencionado, agregando además que, para dichos fines, se deben llevar a cabo una serie de actividades en beneficio del adolescente.

Artículo 49 de la LRPA

Los artículos 49 de la LRPA y 3º del Reglamento, establecen un catálogo de derechos de los adolescentes durante la ejecución de las sanciones, entre los que destacan el derecho a ser tratado de una manera tal que se resguarde su desarrollo, dignidad e integración social, y específicamente en el caso de los adolescentes sometidos a una medida privativa de libertad, el derecho a recibir visitas periódicas y el derecho a la integridad e intimidad personal.

En cuanto al derecho específico a recibir visitas (que reitera los artículos 49 y 79 del Reglamento), en tanto espacio de encuentro de los adolescentes con sus familiares o amigos, es crucial, pues se propicia su desarrollo e integración social a través de la cercanía con el entorno más determinante en la vida del adolescente. Es tal la importancia de este derecho, que el mismo artículo 79 del Reglamento establece que no se podrá imponer como sanción disciplinaria la privación o restricción de las visitas. También en esta materia, cobra especial relevancia el caso de las visitas de los hijos de los adolescentes privados de libertad, en dependencias especialmente habilitadas.

Artículo 56 Reglamento

Dentro de su tiempo libre, los adolescentes podrán practicar actividades recreativas, para lo cual las autoridades correspondientes deberán disponer y facilitar equipos, instalaciones y tiempo suficiente para el efecto. La idea de esta medida es fomentar hábitos similares a los del medio libre. Asimismo, el artículo 72 establece que dentro de las dependencias con las que debe contar cada centro de privación de libertad, se encuentran aquellas destinadas al desarrollo de actividades recreativas y deportivas.

Como se estableció anteriormente, el fundamento de estas normas es la estrecha relación que existe entre el desarrollo de juegos o actividades (tanto individualmente como con sus pares), desarrollo afectivo-social, bienestar mental y reinserción social.

2.2. Adolescentes con patologías de salud mental.

Existe un estrecho nexo entre comportamiento disocial, adolescencia y actividad delictiva, toda vez que diversas investigaciones han puesto en evidencia una amplia presencia de sintomatología patológica en la población infractora de ley (no sólo adolescente), como también la mayor prevalencia de trastornos disruptivos durante la etapa de la adolescencia (Maldonado, 2013, p. 197).

En este punto, es importante aclarar la situación de los adolescentes que presentan patologías previas a la privación de libertad: si bien el artículo 10 n° 1 del Código Penal exime de responsabilidad penal al “loco o demente”, para que se configure esta eximente es necesario que la persona se encuentre ostensiblemente privado de sus facultades intelectivas o volitivas, es decir, que obre bajo la influencia de cualquier enajenación capaz de impedirle la libre o consiente determinación de sus acciones, por lo que no todo enfermo mental es inimputable (Villarreal, 2016, citado por BCN, 2020, p. 3). Por lo tanto, no todos los adolescentes que posean una patología de salud mental de forma previa, van a ser inimputables.

Aclarado lo anterior, pasaremos a analizar aquellas normas específicas para el cuidado y tratamiento de los adolescentes internados en régimen cerrado, que sí presentan patologías de salud mental, ya sea de forma previa a la privación de libertad, o que las desarrollan durante este periodo.

2.2.1. Derecho a la atención de acuerdo a necesidades de salud.

El artículo 49 del Reglamento, a propósito de los derechos específicos de los adolescentes internos en un centro privativo de libertad, establece el derecho a recibir atención de acuerdo a las necesidades de salud de cada uno de ellos.

Debemos recordar que el derecho a la salud corresponde al disfrute del más alto nivel posible de bienestar tanto físico, como mental y social. En este sentido, las patologías asociadas a la salud mental forman parte de la política social y de salud en general, revistiendo una particular relevancia en la adolescencia y, más aún, en los adolescentes infractores privados de libertad, pues como ya hemos dicho, esta privación opera como un factor de riesgo y como detonante de diversos conflictos de salud mental. Por lo tanto, el tratamiento de estas patologías no debe verse afectado por la imposición de una pena, sino que, al contrario, es el Estado (y en especial las instituciones a cargo de la ejecución de las sanciones penales de los adolescentes infractores) el que debe integrar la ejecución de dichas penas, con la necesidad de tratamientos, para así lograr la finalidad de nuestro sistema de responsabilidad penal adolescente, que es la plena reinserción social de éste (Maldonado, 2013, p. 213).

Una de las formas en que se materializa este derecho, es mediante la construcción del plan de intervención individualizado de cada adolescente (PII), el cual se comienza a erigir a partir de la identificación de los factores de riesgo (entre los que se analizan los antecedentes de salud mental, la existencia de conductas violentas y distintos rasgos psicológicos y de la personalidad) y de las necesidades de intervención de cada adolescente (Orientaciones técnicas para la intervención, 2011, p. 12 y 13). Por lo tanto, la identificación de las necesidades de salud mental y su atención, juegan un rol preponderante, toda vez que permite orientar la planificación de la intervención de cada adolescente hacia la integración social (Orientaciones técnicas para la intervención, 2011, p. 12).

2.2.2. Aplicación de tratamientos de salud mental.

Estrechamente relacionado a la norma antes analizada, el artículo 63 del Reglamento, a propósito de las funciones de la unidad técnica que debe existir en cada centro privativo de libertad, establece que dicha unidad deberá -entre otras labores- velar por el respeto de los derechos de los adolescentes y asegurar la aplicación de tratamientos de salud mental para los adolescentes que lo requieran.

De la redacción de esta norma, se entiende que son los distintos centros del SENAME los que, en la práctica, tienen el rol preponderante de promover el pleno desarrollo de la salud mental y de la integridad psíquica, y de intervenir eficazmente cuando surgen problemas, lo que se logra no solo con la inclusión de programas vinculados a lo socioeducativo, sino que también contando con las competencias, herramientas y protocolos necesarios para tratar de forma adecuada los problemas relacionados a la salud mental, ofreciendo los tratamientos oportunos para su rehabilitación, acompañados de asesoramiento, terapias cognitivo-conductuales y todo lo que sea necesario dependiendo del caso de que se trate.

Por ejemplo, cuando un adolescente ingresa a cumplir condena en un centro de régimen cerrado, dentro de las acciones de acogida, inmediatamente se le debe brindar apoyo emocional y/o psicológico por parte del interventor clínico (psicólogo) después de recibir la condena. Esta instancia resulta ser clave para el proceso de integración al programa de intervención (Orientaciones técnicas para la intervención, 2011, p. 9).

2.2.3. Dependencias para la atención de salud en los centros privativos de libertad.

El artículo 72 del Reglamento, a propósito de la infraestructura de los centros privativos de libertad, establece que estos deberán disponer de dependencias para la atención de salud.

El problema de esta norma radica en que es demasiado amplia, pues no especifica si dichas dependencias son solo para la atención de salud física o si también se incluye la atención de salud mental. Ante esto, y al ser la salud mental uno de los

factores más importantes dentro de las condiciones materiales de la detención (Castro, 2021, p. 15), nos parece que lo más lógico es que se incluya a ambas.

De esta forma, “el disponer de condiciones para el tratamiento de las problemáticas de salud mental en los centros de reclusión de adolescentes constituye una carga para el Estado, preexistente respecto del régimen penal; obligación que se acrecienta (adquiere más entidad) a partir de la conexión que presenta la problemática de salud mental con la comisión del delito, en cuanto constituye también acrecentada por la incidencia que tiene el propio encierro como detonante de sintomatología o patología psiquiátrica, constituyendo una especie de condenado”¹³.

2.2.4. Otras medidas en relación.

Artículo 75 del Reglamento

Por su parte, el artículo 75 del Reglamento, a propósito de la aplicación de la medida de separación del grupo, establece, por una parte, que esta no constituye una pena de aislamiento, y por otra, que ésta no podrá ser aplicada a aquellos adolescentes que se encuentren sometidos a tratamientos psicológicos, psiquiátricos o que estén en las unidades de corta estadía para tratamiento de drogas o alcohol. Además, si durante la aplicación de dicha sanción el adolescente presenta serias alteraciones en su salud mental, deberá suspenderse.

Al respecto, surgen dos cuestiones que conviene destacar: primero, pareciera ser que, por la intensidad de esta medida, cobra especial relevancia el cuidado de la salud mental y la integridad psíquica del adolescente, pues parece ser bastante intuitivo que las consecuencias negativas de su aplicación son inevitables para los adolescentes. Y segundo, si bien se establece que esta medida no constituye una pena de aislamiento, posteriormente en el último inciso si se le da el carácter de “sanción”, además, en la práctica, no funcionaría solo como una medida para resguardar la seguridad personal del infractor o de los demás adolescentes, sino

¹³ Maldonado, F. (2013). "Consideraciones generales sobre las relaciones entre salud mental y derecho penal de adolescentes en Chile". Revista de Derecho - Escuela de Postgrado (3). Pp. 213 y 214.

como una sanción disciplinaria “encubierta” para el adolescente, lo que constituye una restricción grave a sus derechos (Bustos, 2007, p. 89).

Una posible explicación a esta última cuestión, es el hecho de que, en el proyecto del Reglamento, esta medida de separación del grupo -que originalmente correspondía al artículo 113- era aplicable en el caso de la comisión de alguna de las faltas graves, cuando la seguridad de los demás adolescentes internos y el normal funcionamiento del centro se vieran afectados seriamente (Bustos, 2007, p. 166).

3. Otros esfuerzos del Estado para asegurar el derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad.

3.1. Plan Protege.

Durante el año 2014, se comenzó un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud (MINSAL), el Ministerio de Justicia (MINJUS), el Servicio Nacional de Rehabilitación y Prevención de Drogas y Alcohol (SENDA), el Consejo Nacional para la Infancia y Servicio Nacional de Menores (SENAME), para el diseño de un Modelo de Salud Integral para niños y niñas que se encuentran bajo las dependencias del SENAME, con el objetivo de facilitar el acceso de estos NNA a atenciones de salud y especial de salud mental (Plan Protege, 2016).

Finalmente, en el año 2016 se implementaron 4 líneas de trabajo para el logro de dicho objetivo:

1. Gestión de lista de espera de atención de salud mental de NNA de sistema de protección SENAME.
2. Proyecto Ley Presupuesto 2017, que incluye línea de financiamiento para reforzar el trabajo a través de un “Plan de Atención en Salud Integral, con énfasis en Salud Mental, para niños(as) y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente”.

3. Diagnóstico Nacional de la Situación de salud de NNA en residencias de protección de SENAME. Durante dicho año, se obtuvo como resultado que un 27% del total de NNA evaluados presentaba trastornos de salud mental.
4. Acompañamiento técnico a las unidades de salud de SENAME en centros residenciales y privativos de libertad.

Esta iniciativa ha sido una de las más importantes en materia de salud mental de los adolescentes privados de libertad, en un contexto en que la institución a cargo de la ejecución de las sanciones penales de los adolescentes, ha sido bastante cuestionada por situaciones de evidente vulneración a los derechos de esta población (como se evidencia en el Informe Jeldres).

CAPÍTULO III: Trastornos y patologías de salud mental en adolescentes infractores privados de libertad.

1. Generalidades.

Los centros de menores bajo la administración del SENAME y Gendarmería, cuentan con una serie de convenios que permiten a los menores recibir atención médica y que facilitan la recopilación de información con fines fiscalizadores.

En ese contexto, la Comisión Interinstitucional de Supervisión de Centros Privativos de Libertad cumple el deber de asesorar a los centros en el resguardo de los derechos de los NNA sujetos a LRPA. En la Comisión participan distintos colaboradores relacionados con el derecho penal infanto-adolescente y los derechos fundamentales, quienes luego de visitar los respectivos centros, elaboran un informe de cada uno en base a preguntas respondidas en su inspección personal y en observaciones que se realicen durante la misma.

Otro convenio que resulta especialmente relevante es la colaboración en el levantamiento de información entre SENDA, SENAME, MINSAL y GENCHI toda vez que permite complementar los registros de cada institución a fin de realizar un monitoreo más exacto de los CIP y CRC.

Resulta relevante constatar la información brindada por estas instituciones a fin de verificar cuáles son los problemas mentales que se dan en NNA en contexto del encierro y cuál es el nivel de incidencia respecto de las mismas.

2. Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018.

Nombre del Centro: Sección juvenil C.D.P. Puente Alto, Región Metropolitana.

Fecha de Visita: 03 de octubre de 2018.

Fecha de emisión de informe: 23 de octubre de 2018.

Población presente: 17 internos.

Instituciones participantes: SEREMI de Justicia y Derechos Humanos, Corporación ACJ, Fundación DEM, ACHNU, Fundación Reinventarse, PUC, Defensoría Penal Pública Sur, Ministerio Público, UNICEF y Comunidad Organizaciones Solidarias.

Resumen: El informe emitido por la Comisión Interinstitucional de Supervisión de Centros Privativos de Libertad el segundo semestre de 2018 en la sección juvenil del Centro de Detención Preventiva de Puente Alto , aborda diez factores: I) Factor Población y capacidad, II) Factor Personal y dotación, III) Factor Infraestructura y equipamiento, IV) Factor Seguridad, V) Factor Disciplina, reglamento y convivencia, VI) Factor Salud, VII) Factor Educación, Capacitación, Deporte y Recreación, VIII) Factor Alimentación, IX) Factor Tratamiento de Drogas y X) Factor Comunicación y visitas. El Centro observado forma parte de un establecimiento penitenciario administrado por Gendarmería de Chile.

En el presente apartado se consideraron aquellos factores relevantes en materia de salud mental y se resaltó los puntos esenciales en el Informe.

I) Factor Población y Capacidad:

| | | |
|---|---|--|
| 2 | En caso de existir sobrepoblación. ¿Qué acciones o medidas realiza la Sección o la Unidad penal para subsanar esta situación? | AUMENTAR LA DOTACIÓN DE GENDARMERÍA DE 17 A 21 POR TURNO. DE MANERA DE PODER CONTROLAR Y DAR ATENCIÓN A LOS JÓVENES, SIN EMBARGO, DESDE UN LARGO PERIODO NO HA EXISTIDO SOBREPoblación. |
| 3 | Describe y comente criterios de distribución de los adolescentes y jóvenes al interior de la Sección. | SE REALIZA UNA ENTREVISTA DE INGRESO, EN DONDE SE INDAGA SOBRE EL HISTORIAL DELICTIVO, CONDUCTAS DE RIESGO, O LA NECESIDAD DE MEDIDAS DE SEGURIDAD. ADEMÁS EN LA ENTREVISTA AL JOVEN SE LE EXHIBEN FOTOGRAFÍAS DE LOS JÓVENES QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRAN EN LA SECCIÓN DE MANERA DE EVITAR QUE SE CONOZCAN ENTRE SÍ Y HAYA CONFLICTOS QUE IMPLIQUEN RIESGOS. SECTOR SUR ES DE MAYOR RANGO DELICTUAL (5 JÓVENES) SECTOR NORTE MEDIANA COMPLEJIDAD (7 JÓVENES) SECTOR ORIENTE JÓVENES CON MEDIDA DE SEGURIDAD (5 JOVENES) |

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. (p.3)

II) Factor Personal y dotación:

| | | |
|---|---|---|
| 1 | <p>Refiérase a la dotación en relación a la cantidad de personal y cantidad de jóvenes presentes en la Sección al momento de la visita, respecto a las plantas N° 1, N° 2, N° 3 y equipo de intervención.</p> | <p>AL MOMENTO DE LA VISITA SE ENCONTRABAN 17 JÓVENES, CON 11 FUNCIONARIOS DE GENDARMERÍA EN EL DÍA, Y 6 FUNCIONARIOS EN EL TURNO DE LA NOCHE. ADEMÁS DE LA UNA PSICÓLOGA QUE ES LA ENCARGADA DEL ÁREA TÉCNICA. LA SECCIÓN JUVENIL CUENTA CON UN NÚMERO DE PLAZAS DE 76 CAMAS.</p> |
| 4 | <p>Verifique la información entregada en el informe previo (Aspectos generales pregunta N° 2, relacionada con las capacitaciones impartidas). ¿Son éstas pertinentes para el buen funcionamiento de la Sección?</p> | <p>SEÑALAN QUE HAN TENIDO DOS ÚLTIMAS CAPACITACIONES QUE HAN SIDO MUY BIEN EVALUADAS POR EL RESTO DEL PERSONAL DE GENDARMERÍA. LAS CUALES HAN SIDO: LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO Y CAPACITACIÓN EN INCENDIOS.</p> |

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. (p.4)

III) Factor Infraestructura y Equipamiento:

| | | |
|---|---|--|
| 1 | <p>¿Existe un espacio especial y exclusivo destinado a implementar las medidas de separación y/o segregación? Describa las condiciones del lugar, considerando dimensiones, luminosidad, salubridad, ventilación, vigilancia.</p> | <p>SI. EXISTE UNA UNIDAD DESTINADA A ESTOS EFECTOS CON DIMENSIONES ADECUADAS A LA CANTIDAD DE JÓVENES, CON ADECUADA ILUMINACIÓN, LUZ ELÉCTRICA, SALUBRIDAD, VENTILACIÓN Y VIGILANCIA.</p> |
| 2 | <p>Describa las condiciones de habitabilidad e higiene que observa en la Sección.</p> | <p>LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD E HIGIENE SE OBSERVAN ADECUADAS A LA CANTIDAD DE JÓVENES ACTUALMENTE INGRESADOS EN LA SECCIÓN JUVENIL. SE OBSERVA UNA CANTIDAD ADECUADA DE DORMITORIOS Y CAMAS. ASÍ MISMO EL ORDEN Y LIMPIEZA DEL LUGAR PERMITE UNA ADECUADA PERMANENCIA.</p> |
| 3 | <p>¿La Sección dispone de agua potable caliente y luz eléctrica de manera constante? En caso negativo, señale los motivos de por qué esto no ocurre.</p> | <p>SI.</p> |
| 4 | <p>¿La Sección cuenta con el equipamiento adecuado para las necesidades de los jóvenes? Describa.</p> | <p>SI. SE OBSERVAN ESPACIOS Y EQUIPAMIENTO ADECUADOS PARA LA PERMANENCIA DE LOS JÓVENES EN LA UNIDAD. DESTACANDO UNA DISTRIBUCIÓN ADECUADA CONFORME A LA CANTIDAD DE RECLUSOS AL MOMENTO DE LA VISITA; ASÍ MISMO SE OBSERVAN LUGARES DE USO COMÚN COMO COMEDOR, PATIO EXTERIOR Y PATIO TECHADO EN ADECUADO ESTADO DE CONSERVACIÓN.</p> |

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. (p.5)

V) Factor Disciplina, reglamento y convivencia:

Disciplina y reglamento:

| | | |
|---|---|---|
| 4 | De los hechos que dieron lugar a conformación de Comités Disciplinarios, describa ¿cuáles son las medidas más frecuentemente tomadas por la Sección para evitar la repetición de los | UNA DE LAS MEDIDAS MÁS DRÁSTICAS ES LA SUSPENSIÓN DE LA VISITA ÍNTIMA Y TAMBIÉN SE LES PRIVA DE ASISTIR ACTIVIDADES DE CARÁCTER RECREATIVO. |
|---|---|---|

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. (p.8)

Convivencia:

| | | |
|---|---|--|
| 3 | Señale y describa el seguimiento, la estrategia de solución al conflicto una vez | RELATAN QUE EXISTE LA CELDA, PERO QUE HACE MUCHO TIEMPO NO SE OCUPA. |
|---|---|--|

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. (p.9)

VI) Factor Salud:

| | | |
|----|---|---|
| 10 | La Sección cuenta con control en la unidad de salud para la administración de medicamentos de los jóvenes. Describa. | CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS: LOS MEDICAMENTOS NO SON CONSERVADOS EN LA UNIDAD DE SALUD DE LA SECCIÓN, Y DEBEN SER TRASLADADOS DESDE LA SECCIÓN DE ADULTOS; LO QUE NO PERMITE SU VERIFICACIÓN. |
| | | PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: SEGÚN ENTREVISTADO, PERSONAL MÉDICO ASISTE A LA SECCIÓN UNA VEZ A LA SEMANA (MARTES) Y DEJA INDICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FICHA DE CADA JOVEN. DIARIAMENTE PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA SECCIÓN DE ADULTOS ENTREGA LOS MEDICAMENTOS A LOS JÓVENES EN LA SECCION JUVENIL. SE OBSERVA QUE NO EXISTE NINGUN REGISTRO DE LA FORMA COMO SE PROPORCIONAN O SI EFECTIVAMENTE EL MEDICAMENTO FUE O NO RECIBIDO POR EL JOVEN. |

| | | |
|----|---|---|
| 11 | ¿Existe coordinación entre la Unidad de Salud y la red de atención de salud primaria, secundaria y terciaria? Describe como es el sistema de derivación y contra derivación que realiza la Sección con la red de salud. | NO EXISTEN COORDINACIONES ESPECÍFICAS CON SALUD PRIMARIA O SECUNDARIA. LOS JÓVENES SON ATENDIDOS LOS MARTES EN UNIDAD DE SALUD DE LA SECCIÓN JUVENIL YA QUE ES EL ÚNICO DÍA EN QUE ESTA PRESENTE EL PERSONAL MÉDICO EN LA SECCIÓN. EL RESTO DE LOS DÍAS, EN CASO DE NECESITAR UNA ATENCIÓN DE SALUD SE DERIVA A LA SECCIÓN DE ADULTOS. ADEMÁS, EXISTE INTERCONSULTA DEL MÉDICO, QUIEN EN CASO DE NECESIDAD ENVÍA A LA DIRECCIÓN REGIONAL, SE REALIZA LA DERIVACIÓN CORRESPONDIENTE DEPENDIENDO DE LA ESPECIALIDAD REQUERIDA. SE TRABAJA DIRECTAMENTE CON HOSPITAL SOTERO DEL RIO. |
| 12 | ¿La Sección cuenta con flujo de derivación para los jóvenes que requieren atención de psiquiatría de urgencia? | AL MOMENTO DEL INGRESO DE CADA JOVEN, SE REALIZA UNA EVALUACIÓN POR PARTE DEL ÁREA TÉCNICA, LA PSICOLOGA EVALÚA UN INFORME Y EN CASO DE REQUERIRSE SE DERIVA A AMANCAY, Y DE NO ENCONTRARSE ESPECIALISTA SE ENVÍA LA INTERCONSULTA A LA SECCIÓN DE ADULTOS. |
| 13 | ¿Existe coordinación entre la Sección y los distintos dispositivos de salud que trabajan al interior de la Sección (Unidad de salud - equipo de intervención)? ¿Existen protocolos de trabajo? Si la respuesta es afirmativa, describa. | EXISTE PROTOCOLO DE SALUD EL CUAL COMIENZA SU FUNCIONAMIENTO AL MOMENTO DE CONTAR CON MÉDICO Y ENFERMERA DE FORMA PERMANENTE. |
| 14 | La unidad de salud ¿cuenta con el registro del diagnóstico de salud mental y administración de los psicofármacos de los/las adolescentes y jóvenes que se encuentran en control permanente con psiquiatra, sea éste de la Sección o del equipo de intervención? | SE HACE UN DIAGNÓSTICO E INFORME POR PARTE DEL MÉDICO PSIQUIATRA DE AMANCAY. SI BIEN EXISTE EN LA FICHA DE CADA JOVEN SU DIAGNÓSTICO Y QUEDA REGISTRADO EN SU CARPETA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN RECIBIR, NO EXISTE UN ORDEN O CUADERNO APARTE PARA DICHA FUNCIÓN. NO HAY REGISTRO DE FIRMAS DE RECIBIMIENTO DEL MEDICAMENTO, PERO SI SE REGISTRA EN CASO DE RECHAZO DEL JOVEN. |
| 15 | Describa la evaluación de Salud Mental que realiza la Sección. | EL CENTRO REALIZA LA EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL AL MOMENTO DEL INGRESO DE CADA JOVEN. LA EVALUACIÓN ES REALIZADA POR EL MÉDICO PSIQUIATRA DE AMANCAY Y ENFERMERA DEL CENTRO. |
| 23 | ¿La unidad de salud registra la cantidad de jóvenes que han intentado suicidarse en los últimos 6 meses? | NO HAN EXISTIDO CASOS, SOLO DE IDEACIÓN DE SUICIDIO. DEBE REGISTRARSE EN CASO POSITIVO. |
| 24 | ¿Cuál es el modo en que el Sección aborda los intentos de suicidio? Considere el procedimiento de detección previa, intervención durante y seguimiento posterior, quienes intervienen y por cuánto tiempo. | PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN CRISIS, CONTENCIÓN, MONITOREO Y PROCEDIMIENTO DE SEGURIDAD CON UN PLAZO MÁXIMO DE 10 DÍAS. |
| 27 | ¿Los jóvenes están en control regular con psiquiatra a la fecha de la visita? Contextualice | LOS QUE ESTÁN DENTRO DEL PROGRAMA DE AMANCAY. SI TIENEN MÉDICOS DE SALUD MENTAL, Y PSIQUIATRA. MIENTRAS QUE PARA LOS OTROS JOVENES DEL CENTRO QUE REQUIERAN CONTROL REGULAR CON PSIQUIATRA, A ÉSTOS LOS DERIVAN A CEPSEI (CENTRO PSICOLOGICO INTEGRAL). SIN EMBARGO, NO HAY EVIDENCIA NI DOCUMENTOS QUE VERIFIQUEN CUÁNTOS JÓVENES ESTÁN EN CONTROL, APARTE DE LOS 18 QUE ESTÁN EN AMANCAY. |

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. (pp. 11-14)

VII) Factor Educación, Capacitación, Deporte y Recreación:

Cuestiones generales

| N° | Pregunta | Respuesta |
|----|--|--|
| 1 | Describa la oferta educativa existente al interior de la Sección. En particular, refiérase a las distintas instituciones que intervienen en el proceso formativo de los jóvenes (Ministerio de Educación y cursos de Capacitación Laboral de SENCE). | LA OFERTA EDUCATIVA SE ENCUENTRA CUBIERTA POR INSTITUCIÓN EXTERNA OTEC CEPSSII, QUIENES LICITAN PROYECTO POR UN PERÍODO DE UN AÑO. (PROYECTO TERMINA EN DICIEMBRE DE 2018) LA OFERTA SE DISTRIBUYE DE LA SIGUIENTE MANERA: EDUCACIÓN TALLERES DE OFICIO ACTIVIDADES DEPORTIVAS |

Educación formal

| N° | Pregunta | Respuesta |
|----|---|--|
| 1 | ¿Existe educación formal al interior de la Sección? Si su respuesta es afirmativa, describa la institución a cargo, su funcionamiento y visite las instalaciones. | SI, EDUCACIÓN EN MODALIDAD DE ADULTOS A CARGO DE OTEC CEPSSII. DURANTE LA VISITA A LA SECCIÓN JUVENIL, NO ES POSIBLE OBSERVAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CLASES, DEBIDO A QUE ERA DÍA EN QUE LOS JÓVENES RECIBEN VISITA DE SUS FAMILIAS, REFIEREN NO REALIZAR RUTINA SOCIOEDUCATIVA LOS DÍAS DE VISITA. |

Talleres

| N° | Pregunta | Respuesta |
|----|---|---|
| 1 | Según lo observado el día de la visita y lo consignado en el informe previo de la Sección ¿cuáles son los talleres ofrecidos al interior de la Sección de acuerdo a la planificación anual? Solicite esta información al jefe técnico. Describalos. | TALLERES: GASTRONOMÍA- MUEBLERÍA- OCUPACH. EN EL ÚLTIMO PERÍODO IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER ENMARCACIÓN DE CUADROS Y ESPEJOS, ESPACIO QUE SE PLANTEA COMO CONTINUIDAD AL TALLER DE MUEBLERÍA. |

Capacitaciones

| N° | Pregunta | Respuesta |
|----|---|--|
| 1 | ¿Cuáles son las capacitaciones actualmente ofrecidas al interior de la Sección? Describalas. En caso de no corresponder, consígnelo y explique los motivos. | MUEBLERÍA, CAPACITACIÓN QUE SE VIENE EJECUTANDO HACE 2 AÑOS EN LA SECCIÓN JUVENIL, EN LA ACTUALIDAD REFIEREN QUE DICHO ESPACIO FORMATIVO DECANTA EN UNA NUEVA CAPACITACIÓN "ENMARCADO DE CUADROS". CABE SEÑALAR QUE, LOS MUEBLES ELABORADOS SON UTILIZADOS MAYORITARIAMENTE PARA ORNAMENTAR LOS ESPACIOS DE HABITACIÓN Y REGALOM PARA LAS FAMILIAS. |

Cuestiones formativas generales

| N° | Pregunta | Respuesta |
|----|---|---|
| 1 | ¿Existen jóvenes en la Sección con beneficio para salida por trabajo? Si su respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los requisitos para que los jóvenes accedan a dicho beneficio? | NO, REFIEREN QUE NO CUMPLEN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR A DICHOS BENEFICIOS, SIN EMBARGO, EXISTIRÍA UNA SOCIALIZACIÓN CONSTANTE CON LOS JÓVENES RESPECTO A LA POSIBILIDAD Y REQUISITOS DE POSTULACIÓN. |
| 2 | ¿Cuáles son las actividades recreativas practicadas por los jóvenes al interior de la Sección? Describa los equipos dispuestos, instalaciones, tiempo diario destinado al efecto. | TALLERES DEPORTIVOS (FÚTBOL), ACONDICIONAMIENTO FÍSICO, DESARROLLADOS 3 VECES POR SEMANA. LOS DÍAS VIERNES ACTIVIDADES RECREATIVAS A CARGO DE PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA DE PROGRAMA AMANCA, QUIEN TAMBIÉN EJECUTA UN TALLER DE ARBITRAJE. |

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. (pp. 16-20)

X) Factor Comunicación y visitas:

| N° | Pregunta | Respuesta |
|----|--|---|
| 1 | Describe las condiciones de los espacios destinados a las visitas (diferencie entre visitas familiares y visitas íntimas o conyugales), evalúe su regularidad, la privacidad y el uso de las mismas. | EN EL PATIO 1 SE REALIZAN LAS VISITAS FAMILIARES LOS DÍAS LUNES Y MIÉRCOLES. LAS VISITAS CONYUGALES SE REALIZAN EN LAS PROPIAS PIEZAS DE LOS JÓVENES. SE CONCEDEN 3 VISITAS AL MES. SE CUENTA CON CALENDARIO PARA PLANIFICAR ESTAS VISITAS. |
| 2 | De acuerdo al artículo 85 del Reglamento de la Ley N° 20.084 ¿cuenta la Sección con sistema de concesión de visitas íntimas? | SI. |

Fuente: Informe CISC: Acta de visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto del segundo semestre del año 2018. p.24

3. Estadísticas del SENDA, SENAME Y MINSAL respecto de prevalencias de problemas mentales en NNA sujetos a responsabilidad penal internados en CRC año 2020.

- I. Informe Semestral 2020 Adolescentes con infracción. Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental

| Comorbilidad | Hombre | | Mujer | | Total | |
|---------------|--------|-----|-------|-----|----------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| En estudio | 567 | 19 | 74 | 20 | 641 | 19 |
| Sin trastorno | 388 | 13 | 45 | 12 | 433 | 13 |
| Con trastorno | 2.079 | 69 | 254 | 68 | 2.333 | 68 |
| Total | 3.034 | 100 | 373 | 100 | 3.407(*) | 100 |

(*) Excluye 17 casos sin información

Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2020). *PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES INGRESADOS AL SISTEMA PENAL POR LEY N° 20.084 CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL-DROGAS Y OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.* (p.17).

El 68% de los internos diagnosticados presentan comorbilidad psiquiátrica. Sin embargo, a esta cifra no se le aumentan los casos que se encuentran en situación diagnóstica.

II. Informe de detalle de Programas Sociales: Piloto de atención en salud integral para niños(as) y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.2021

| | | | |
|---|---|---|---------------|
| <p>P(Número de reingresos hospitalarios (vivos) de las personas del denominador hasta 365 días posteriores al primer egreso por enfermedades mentales o trastornos de comportamiento o intentos suicidas (CIE-10: F00-F99, X60-X84) en personas de 10 a 24 años</p> | <p>(Número de reingresos hospitalarios (vivos) de las personas del denominador hasta 365 días posteriores al primer egreso por enfermedades mentales o trastornos de comportamiento o intentos suicidas en personas de 10 a 24 años que hayan estado vigentes en centros de protección en modalidad de cuidado alternativo y cip crc en el año t, / Número de personas de 10 a 24 años que hayan estado vigentes en centros de protección en modalidad de cuidado alternativo residencial y CIP CRC en el año t en Servicios de Salud que hayan tenido egresos hospitalarios (vivos) por enfermedades mentales y trastornos del comportamiento o intentos suicidas en el año t) X 100</p> | <p>Se consideran "vigentes" aquellos NNAJ que han permanecido al menos 30 días en el año t en un programa residencial o de justicia, considerándose todos los egresos hospitalarios de personas que cumplan con el criterio de inclusión. Se consideran intentos suicidas los de la clasificación CIE-10: F00-F99, X60-X84. Los Servicios de Salud deben haber implementado el SiSI por al menos un año</p> | <p>10.00%</p> |
|---|---|---|---------------|

Fuente: MINSAL. (2021). Informe de detalle de Programas Sociales: Piloto de atención en salud integral para niños(as) y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. (p.13)

El porcentaje de reingreso hospitalario dentro de 365 días desde el primer egreso de sujetos que fueron internos en centros CIP o CRC en 2020 del total de internos vigentes en el mismo año que han tenido egreso hospitalario, fue del 10%.

III. Información brindada por SENAME en respuesta a la solicitud de acceso a información pública el 9 de agosto de 2021. Carta N°714

| UHCIP MEDIO PRIVATIVO | ATENDIDOS AÑO 2020 | ATENDIDOS 1er SEMESTRE AÑO 2021 |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|
| Iquique | 22 | 24 |
| Limache | 37 | 9 |
| Til Til | 122 | 62 |
| Coronel | 63 | 27 |
| Valdivia | 26 | 20 |
| TOTAL | 270 | 142 |

Fuente: Carta N°714 del SENAME. Responde solicitud de información. (p.6)

En el marco del trabajo interinstitucional de manejo de información del convenio SENDA, SENAME, MINSAL y GENCHI, se obtienen los datos numéricos de casos atendidos por la UHCIP del medio privativo de libertad reportado por los directores de CIP y CRC.

3.1. Patologías de salud mental que se presentan.

A pesar de las cifras generales en torno a los diagnósticos y atenciones por problemas mentales en los CRC, no se observa una estadística centralizada que recoja cada patología presentada con su respectiva incidencia en la población de los centros. La institución SENAME no maneja dicha información en forma detallada, y de hacerlo, no considera preciso compartirla fundando su argumento en los artículos 12.2 de la Ley N° 20.584, 2 letra g) de la Ley N° 19.628; 21 N° 2 de la Ley N° 20.285, 59.2 del D.S N° 841 de 2005, 19 N° 4 de la Constitución Política de la República y artículo 16 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Por lo que no es posible establecer en base a información reciente, cuáles son los trastornos y patologías mentales presentes en los NNA sujetos a la LRPA.

3.2. Respuestas por parte de la institución a cargo de la ejecución de las sanciones ante dichos problemas.

El SENAME no ofrece respuesta directa respecto de la cantidad de NNA aquejados por problemas mentales toda vez que no existe una estadística general. Sin embargo, la institución indica contener en cada expediente personal de los menores la información concerniente a su salud mental, antecedentes que no son adecuados de compartir en base a los recursos legales mencionados en el apartado anterior.

CAPÍTULO IV: Análisis comparativo entre los estándares y principios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en relación al Derecho a la Salud Mental de los adolescentes privados de libertad y su observancia en Chile.

1. Generalidades.

Tal como se expresó cuando la Ley N° 20.084 fue promulgada, “la decisión de implementar en el país un nuevo modelo de justicia penal para adolescentes se contextualiza en el marco de la “reforma integral al sistema de protección y justicia de la infancia”, cuyo fin es adecuar el estatuto jurídico, la institucionalidad y las políticas públicas del país a los derechos, principios y líneas de acción emanados de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño” (Berríos, 2005, p. 161). Actualmente, y habiendo pasado más de 10 años desde su entrada en vigencia, el cumplimiento por parte de la legislación nacional, tanto con el espíritu como con el contenido del marco legal internacional de los derechos humanos, es fundamental.

En este sentido, en este último capítulo el objetivo es determinar si la legislación antes mencionada, así como la realidad que viven los adolescentes infractores al interior de los centros, se condice o no con los estándares y principios que, según el derecho internacional de los derechos humanos en materia de derecho a la salud mental, el Estado de Chile debiese observar en la aplicación de las sanciones penales de esta población. Por ello, se utilizará y contrastará la información recabada en los capítulos I, II y III.

2. Observancia de los estándares y principios en la legislación nacional.

2.1. En menores sin patologías de salud mental.

1. Mínima afectación de derechos: como ya se mencionó, el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los artículos 35, 52 y 87 de las Reglas de la Habana, y los artículos 21, 77 y 78 de las Reglas mínimas para el

tratamiento de los reclusos, plantean y ponen énfasis en que no se deben afectar aquellos derechos que no sean estrictamente necesarios y útiles en el cumplimiento de la pena privativa, intentando disminuir las diferencias existentes entre la vida en prisión y en libertad.

Aunque no explícitamente, el artículo 20 de la LRPA recoge esta idea de mínima afectación de derechos, toda vez que reconoce un fin de prevención especial positiva en la sanción penal, y junto con ello, se reconoce principalmente la necesidad de asegurar de forma efectiva los derechos de los adolescentes privados de libertad en régimen cerrado y de evitar o reducir los efectos nocivos del encierro, con especial atención a su calidad de sujetos en pleno desarrollo y formación.

2. Prohibición de aplicar ciertas medidas disciplinarias: de acuerdo a los artículos 66 y 67 de las Reglas de la Habana, y los artículos 31 y 32 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, las medidas disciplinarias deben velar por el respeto a la dignidad del menor, quedando completamente prohibida cualquier forma de tortura, trato cruel, inhumano degradante, como lo son las penas de aislamiento o de celda solitaria.

Efectivamente, nuestro ordenamiento jurídico contempla estos principios en el artículo 45 de la LRPA. Sin embargo, posteriormente el artículo 75 del Reglamento -a propósito de la medida de separación del grupo-, establece que, si bien esta medida no constituye una pena de aislamiento, posteriormente en el último inciso si se le da el carácter de "sanción". Además, en la práctica ha sido aplicada como sanción de aislamiento en celda solitaria y no solo como una medida para resguardar la seguridad personal del infractor o de los demás adolescentes.

Como se evidenció, en diversas ocasiones la legislación internacional de los derechos humanos ha establecido -tanto explícitamente, como en forma de recomendación- la prohibición de esta medida para los menores de 18 años (recordar la Observación general núm. 10 párrafo 89 del Comité de los Derechos del Niño), por lo que a pesar de que la ley le fije un máximo de siete días para su

aplicación, no podemos dejar de aceptar que, en la práctica, constituye una amenaza y vulneración del derecho a la salud mental del adolescente, toda vez que “los efectos negativos en la salud pueden producirse después de solo unos pocos días de régimen de aislamiento, y los riesgos para la salud aumentan con cada día que se pase en esas condiciones. (...) Las investigaciones muestran asimismo que el régimen de aislamiento parece causar “trastornos psicóticos”, un síndrome que se ha denominado “psicosis de prisión”. Los síntomas pueden incluir ansiedad, depresión, ira, trastornos cognitivos, distorsiones de la percepción, paranoia y psicosis y lesiones autoinfligidas” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011, p. 19).

3. Infraestructura del lugar de cumplimiento de la sanción: debido a la estrecha relación que existe entre el medio ambiente físico en que se desenvuelve un adolescente y la salud física y mental de éste, los artículos 9 a 14 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos establecen la necesidad de que los centros de menores mantengan una infraestructura que sea digna, cuente con altos estándares de higiene y que favorezca el proceso de resocialización.

Asimismo, nuestra ley contempla en los artículos 72 y 73 del Reglamento normas bastante similares y con los mismos objetivos.

4. Contacto con la comunidad: los menores que se encuentran cumpliendo pena privativa de libertad, deben seguir en contacto con su comunidad, ya sea mediante la comunicación con sus familiares, amigos u otros, mediante los permisos de salida de los centros, o mediante las visitas, con el fin de contribuir a su reinserción social. Es por esto que los artículos 59 a 62 de las Reglas de la Habana tratan este derecho.

Si bien nuestra legislación no lo contempla de manera explícita y sistematizada, si existen varias normas que hacen referencia a él. Por ejemplo, los artículos 124 y siguientes del Reglamento -tratan el beneficio de los permisos de salida-, y los artículos 49 de la LRPA, 3º y 49 del Reglamento -en tanto establecen el derecho a recibir visitas, a mantener comunicación directa con entorno más cercano y a

acceder a medios de información-, tienen por objeto que el menor tenga contacto con el “mundo exterior”.

5. Educación: como se menciona, es trascendental para la resocialización de los adolescentes, lograr la escolarización obligatoria y crear expectativas educacionales a futuro en torno al acceso a educación superior, es por esto que este derecho fundamental es recogido en los artículos 38 al 46 de las Reglas de la Habana y 77 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.

Dada la importancia del respeto a este derecho, la LRPA se encarga, en distintas oportunidades, de establecerlo (por ejemplo, en los artículos 17, 44, 49, 51 y 52).

6. Actividades recreativas: tal como el artículo 47 de las Reglas de la Habana y los artículos 21.2, 77 y 78 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, establecen la necesidad de las actividades recreativas para cultivar el bienestar físico y mental, nuestra ley también lo hace en los artículos 56 y 72 del Reglamento.

2.1. En menores con patologías de salud mental.

1. Registro acerca de los problemas de salud mental: si bien los artículos 21 letra e) y 50 de las Reglas de la Habana establecen claramente que se debe dejar registro o constancia del estado mental del adolescente, inmediatamente después del ingreso a los centros de privación de libertad, nuestra ley nada dice al respecto.

La única norma relevante al respecto, es el artículo 35 del Reglamento, que establece -de forma no taxativa- la información con la que debe contar el expediente de ejecución de cada adolescente que ingrese a un centro. Sin perjuicio de ello, las Orientaciones Técnicas para la Intervención en Centro de Cumplimiento de Condena en Régimen Cerrado, si establece que, al momento del ingreso de los adolescentes, una de las actividades que debe llevarse a cabo por parte de un enfermero, paramédico u otro profesional de la salud, es la

evaluación física del adolescente (Orientaciones Técnicas para la Intervención, 2011, p. 10).

2. Presencia de personal médico especializado en salud mental: como ya se estableció, el derecho internacional plantea que los Estados deben garantizar que cada centro de menores de régimen cerrado cuente con personal médico experto en salud mental (psiquiatras, psicólogos, neurólogos o afines, y enfermeros y técnicos con especialidad en cuidado de pacientes con problemas mentales o experiencia certificada en la misma área), de manera constante y proporcional a la cantidad de internos.

Sin embargo, nuestra legislación nada dice al respecto de manera explícita, sino que solo en los artículos 66, 96 y 146 del Reglamento hace vagas referencia a la existencia de “personal de salud”, y solo en el artículo 115 nombra la presencia de un psicólogo dentro de la comisión disciplinaria en los casos de infracciones reglamentarias por parte de un adolescente.

3. Acceso a atención médica: en atención a los artículos 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 12 c) del PIDESC, 82 nº 2 y 4 de la Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos y 49 y 43 de las Reglas de la Habana, se tiene que los menores gozan de pleno derecho a recibir una atención médica adecuada, incluida la atención de salud mental.

En este mismo sentido, el artículo 49 del Reglamento también ampara este derecho, y si bien no se menciona específicamente la atención de salud mental, de todas formas, se entiende que forma parte, de hecho, posteriormente el artículo 63 del mismo texto, tiene por objeto asegurar la aplicación de tratamientos de salud mental para los adolescentes que lo requieran. Incluso, el artículo 72 establece que en los centros de privación de libertad se debe disponer de dependencias para la atención de salud, y al analizar nuevamente las disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos en la materia, veremos que allí se establece que dentro de las obligaciones de los Estados, se encuentra precisamente la de garantizar a todos los adolescentes la posibilidad de disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de

servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental (Observación General N° 4, párrafo 39).

4. Prohibición de aplicar ciertas medidas disciplinarias: si bien los artículos 67 de las Reglas de la Habana y 32 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los recursos establecen prohibiciones generales en torno a la aplicación de penas de aislamiento -y que estas deben estar sujetas a supervisión médica-, nuestra ley es aún más específica, y prohíbe expresamente la aplicación de la medida de separación del grupo en adolescentes que se encuentren sometidos a tratamientos psicológicos o psiquiátricos, pues pareciera ser que por la intensidad de esta medida, las consecuencias negativas para los adolescentes que padecen algún trastorno son inevitables.

3. Observancia de los estándares y principios en la realidad que enfrentan los adolescentes en los centros de privación de libertad.

De los informes presentados, no se evidencia discriminación en la práctica entre NNA que presentan trastornos o enfermedades mentales y aquellos NNA que no poseen padecimientos mentales. Por ello, se realizará un análisis de aquellos factores que sí están presentes a la luz de los informes señalados.

1. Sobre el deber de registrar los antecedentes de salud mental: En el informe CISC del año 2018, expuesto en el capítulo III, se indica en el I) Factor Población y capacidad que los menores son sometidos a una “entrevista de ingreso” donde se recoge información sobre el historial delictivo del menor, la presencia de conductas de riesgo y la necesidad de medidas de seguridad. Como se evidencia, en la entrevista de ingreso no se indica recoger información respecto de antecedentes de salud mental. Posteriormente, en el VI) Factor Salud se señala que existe una evaluación psicológica al ingreso de cada menor en el centro, pero no se menciona si la información recolectada en aquella evaluación queda registrada. Sin embargo, de la respuesta del SENAME a la solicitud de información vía Ley de Transparencia N°AK004T0005403, se puede extraer implícitamente que aquella información relevante respecto de la salud mental de cada menor, se registra en su expediente personal al mencionar “que la

información requerida no se encuentra sistematizada, ya que implica revisar cada una de las carpetas de los jóvenes ingresados a nuestro Servicio”.¹⁴

Por su parte, el Informe Semestral 2020 Adolescentes con infracción emanado del SENDA en convenio con SENAME, MINSAL y GENCHI, revela que existe un 68% de jóvenes en tratamiento por drogas que presentan comorbilidad psiquiátrica, lo cual demuestra que existe al menos una especie de registro. Existen al menos dos inconvenientes con las cifras entregadas en este informe: el primer problema dice relación con la reducida población muestra del estudio, la que solo incluye jóvenes que estando cumpliendo pena privativa de libertad, son sometidos a tratamiento por adicción al alcohol y/o drogas y es dentro de esa población que se registran aquellos casos que presentan comorbilidad o morbilidad asociada al consumo de estas sustancias. El segundo aspecto que convierte en insuficiente el registro del informe es la falta de información respecto a los tipos de problemas mentales que presentan los adolescentes y su nivel de incidencia. Aquellos mismos problemas son percibidos en la información entregada por el SENAME vía Ley de Transparencia y en el Informe de detalle de Programas Sociales: Piloto de atención en salud integral para niños(as) y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, donde solo se indica la cantidad de internos que han recibido atención de salud mental.

Por lo tanto, se puede afirmar que el deber de registrar los antecedentes de salud mental de los adolescentes se cumple parcialmente ya que, según lo expuesto, efectivamente existe registro en cada expediente de los internos sobre sus antecedentes de salud mental, sin embargo, existe la necesidad de centralizar dicha información para poder utilizar esos datos en el levantamiento de información y elaboración de estadísticas más certeras, lo que facilita la puesta en marcha de programas y la evaluación de sus resultados.

2. Personal especialista en salud mental en los centros de menores: Esta información puede extraerse del informe CISC del centro de detención de Puente Alto del año 2018. En el VI) Factor Salud se indica que el centro no cuenta con

¹⁴ SENAME. (2021). Carta N° 767, Responde solicitud de información. p. 3.

personal médico de planta, sino que éste asiste a la Sección una vez por semana, específicamente una psicóloga que está encargada del área técnica, es decir, abordar la intervención con los adolescentes desde las distintas áreas de trabajo por lo que se considera que falta profesional en éste área., debiendo ser conducidos a la Sección Adulta si el resto de los días requieren atención médica. Además, no existe personal de salud mental ya que este servicio es externo por parte del centro Amancay y CEPSI. Según el II) Factor Personal y dotación, las capacitaciones realizadas al personal de Gendarmería también fueron deficientes en cantidad y contenido, por lo que no es posible referirse a la idoneidad de estos funcionarios para el trato con internos que presentan problemas mentales. Sumado a lo anterior, en el I) Factor Población y Capacidad, se establece que, en caso de existir sobrepoblación, las medidas a considerar se abordan desde la mayor disposición de funcionarios de seguridad. Lo anterior demuestra que los lineamientos del centro van en pos de aumentar los funcionarios coercitivos por sobre el personal especializado en otras áreas que son relevantes para la reinserción social del menor.

En consecuencia, no se cumple el requisito de la presencia de personal especialista en salud mental en el centro, ya que el servicio fue externalizado y no existe médico de planta en el establecimiento.

3. Acceso a atención médica especializada en salud mental: Del informe CISC expuesto se evidencia la existencia de un protocolo para acceder a atención médica en salud mental. Así, en el VI) Factor Salud se menciona que “Los que están dentro del programa Amancay tienen médicos de salud mental, y psiquiatras. Mientras que para los otros jóvenes que requieran control regular con psiquiatra, a éstos los derivan a CEPSI”. Existe un protocolo de acción y contención en casos de intento suicidio, sin embargo, no existe vigilancia constante al respecto.

Tampoco existe coordinación específica con el sistema de atención primaria o secundaria de salud, sin embargo, los casos que deben serlo, son derivados y se trabaja directamente con el hospital Sótero del Río.

Respecto del diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales se indica que “se hace un diagnóstico e informe por parte del médico psiquiatra de Amancay (...) queda registrado en su carpeta el medicamento que deben recibir”. Existe protocolo establecido para la administración de medicamentos y queda registro de ello en el expediente de cada interno, así como de las atenciones de salud mental y diagnóstico hecho por especialistas del centro Amancay.

Por tanto, aunque se externalizó el servicio de salud mental, los internos pueden acceder a atención médica especializada donde se les diagnostica e indica tratamiento. Sin embargo, de la información expuesta no logran evidenciarse otras aristas relevantes en el acceso a la salud mental, tales como que ésta sea oportuna y de buena calidad.

4. Prohibición de aplicar ciertas medidas disciplinarias: En el V) Factor Disciplina, reglamento y convivencia del Informe CISC, se señala que las medidas disciplinarias más aplicadas en los internos son la prohibición de participar en actividades recreativas y la restricción de visitas privadas. No se aplican medidas de segregación ni la celda de castigo, a pesar de existir físicamente en el recinto. Se confirma la existencia de un registro con los antecedentes de salud relacionado a sanciones disciplinarias y de un Comité de Disciplina con sus respectivas actas. No existe un registro general de la sección respecto de las sanciones disciplinarias aplicadas por año. Nada se dice en el informe respecto de los protocolos y causales que dan inicio a las sanciones disciplinarias.

Según lo mencionado, es posible afirmar que se cumple la prohibición de aplicar medidas y sanciones disciplinarias degradantes o que configuren torturas, tratos crueles o inhumanos. No obstante, se requiere que se especifique respecto a las causales y procedimientos para imponer estos castigos, además de señalar si los mismos son de pleno conocimiento para la totalidad de internos.

5. Infraestructura del lugar de cumplimiento de la sanción: En el Informe CISC se indica en el iii) Factor infraestructura y equipamiento que la sección cuenta con un espacio especial destinado para la ejecución de medidas disciplinarias el cual posee condiciones adecuadas de espacio, iluminación, salubridad y vigilancia. En

general, la Comisión considera las condiciones de la infraestructura del centro como adecuada al número de internos, buena higiene, equipamiento adecuado y presencia de lugares de uso común. Respecto de las instalaciones destinadas a la atención de salud de los adolescentes, se indica la existencia de una enfermería con equipamiento suficiente para enfrentar situaciones de fácil manejo. No se indica nada respecto de la existencia de instalaciones destinadas a atención de salud mental.

Debido a lo expuesto, se considera como logrado el factor de infraestructura acorde a la edad de los internos, que sea digna, cuente con altos estándares aceptables de higiene y que favorezca el proceso de resocialización.

6. Contacto con la comunidad: Los internos del Centro de Puente Alto cuentan con acceso a visitas familiares dos veces por semana e íntimas tres veces por mes, según el Informe CISC. Sin embargo, no se indica información respecto del acceso a correspondencia o llamadas telefónicas.

En principio se cumple parcialmente con el requisito de contacto con la comunidad toda vez que los menores pueden recibir visitas familiares e íntimas. Empero, resulta importante que se añada en informes posteriores, información respecto de otras maneras de contacto con la comunidad.

7. Educación: Según el VII) Factor Educación, Capacitación, Deporte y Recreación, existe acceso a educación formal en modalidad de adulto, talleres y actividades recreativas, capacitaciones a fin de que los internos aprendan oficios y se brinda constantemente información a los adolescentes respecto de la posibilidad de obtener el beneficio para salida por trabajo, sin embargo, no existen internos beneficiados por no cumplir los requisitos. Además, no se informa si existen internos que rinden pruebas de admisión universitaria o consideren la posibilidad de continuar con estudios superiores.

Por tanto, es posible afirmar que los internos tienen acceso al menos a la educación formal obligatoria, cumpliéndose este requisito, aunque debiese darse énfasis en la posibilidad de que los internos continúen voluntariamente sus

estudios en instituciones de educación superior, mediante charlas informativas sobre beneficios y otros.

8. Actividades recreativas: En el VII) Factor Educación, Capacitación, Deporte y Recreación se indica que los menores cuentan con actividades recreativas y oficios: taller de mueblería, espejos y enmarcación, gastronomía y talleres deportivos. No se indica la cantidad de internos que participan en ellos ni las veces por semana que se realizan estas actividades.

Se considera en base a lo expuesto, que el requisito de actividades recreativas se cumple.

CONCLUSIONES

Luego del análisis de las diversas disposiciones que establece el derecho internacional de los derechos humanos en materia de salud mental de los adolescentes privados de libertad, se tiene que estas normas no se encuentran sistematizadas, es decir, no existen apartados especiales dentro de los diversos textos que se refieran al tratamiento de la salud mental de los adolescentes reclusos, e incluso, en diversas ocasiones solo se agotan en remisiones al derecho a la salud en general.

Por su parte, la Ley N° 20.084 y su Reglamento, si da cumplimiento -en general- a los estándares y principios que el derecho internacional de los derechos humanos establece. Sin embargo, al igual que en los textos internacionales, estas normas no se encuentran reguladas de forma explícita, clara y sistematizada, sino que se encuentran esparcidas, y muchas veces se debe recurrir a los objetivos de la intervención penal del artículo 20, para concluir que ciertas normas van en beneficio de la salud mental del adolescente. Además, las mayores falencias de nuestra legislación se dan en torno a aquellos adolescentes que sí presentan patologías de salud mental, especialmente en cuanto a la inexistencia de normas que regulen la presencia de personal especialista en salud mental y las funciones que deben desarrollar (instancias para diagnóstico, tratamientos, rehabilitación, derivaciones a centros especializados, entre otras), lo que resulta ser preocupante en un contexto en que la salud mental juega un rol fundamental dentro del proceso de reintegración social, desarrollo y formación mental.

En cuanto a la instancia de ejecución de las sanciones por parte de la institución a cargo, los estándares internacionales respecto del deber del Estado en materia de salud mental en adolescentes privados de libertad, no son satisfactorios. Se incumplen los factores a tener en cuenta en ambos grupos de interés para el derecho internacional, a saber: un sistema unificado y general de registro de problemas de salud mental en los menores infractores; no existe presencia de personal de planta especialista en salud mental; no existe registro en los informes sobre los esfuerzos por minimizar la afectación de derechos; y el contacto con la comunidad aún se evidencia como precario. Existe una difusa línea entre el tratamiento de adolescentes

con patologías mentales y aquellos que no presentan problemas toda vez que los factores a considerar en cada uno parecieran estar mezclados. Por tanto, es necesario que en la realidad de los centros se comience a aplicar un trato especializado para las necesidades de cada grupo y así lograr cumplir los estándares del derecho internacional en la materia.

Por último, si en la ejecución de la sentencia no se lleva a cabo lo señalado por la LRPA y el derecho internacional en la materia, entonces no será posible lograr la reinserción social del adolescente y su pleno desarrollo en tanto sujeto en formación. En este sentido, son grandes las expectativas sobre el Proyecto de Ley que crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil e introduce modificaciones a la Ley N° 20.084 (Boletín N° 11.174-07), especialmente en torno a las estrategias que se pueden tomar para asegurar el pleno derecho a la salud mental de los adolescentes privados de libertad.

BIBLIOGRAFÍA

I. LIBROS

1. BUSTOS, Juan. 2007. "El Derecho Penal del Niño-Adolescente. Estudio de la ley de responsabilidad penal del adolescente". Santiago, Ediciones Jurídicas de Santiago. Disponible en: <http://bibliografias.uchile.cl.uchile.idm.oclc.org/files/presses/1/monographs/4541/submission/proof/90/index.html>.
2. CASTRO, Álvaro; CILLERO, Miguel; MERA, Jorge. (2010). *Derechos Fundamentales de los Privados de Libertad*. Santiago, Ediciones UDP.
3. COHEN, Hugo. (2009). *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales. Compilación técnica*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2006). *Manual de recursos de OMS sobre la Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra, Biblioteca OMS.
5. RIEGO, Cristian. (1994). *El Proceso Penal Chileno y los Derechos Humanos*. Santiago, Ediciones UDP.

II. INFORMES

1. ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. (2011). "La Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Informe Provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes". Sexagésimo sexto periodo de sesiones, Tema 69 b) del programa previsional A/66/150, 5 de agosto de 2011. En línea: <http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/Informe%20Rel.%20Tort.-Confinamiento-2011.pdf>.
2. ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. (2017). *Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Salud Mental y Derechos Humanos*. A/HRC/32/34.
3. BCN, 2020. "Inimputabilidad por locura o demencia. Medidas de seguridad". Asesoría Técnica Parlamentaria.

4. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL, Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones. (2018). Resumen del Proyecto de ley que crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil. Abril 2018. Chile.
5. CENTRO DE DERECHOS HUMANOS UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES. (2003- 2014). *Informe anual de Derechos Humanos*. Santiago, Chile.
6. CISC. (2018). Informe Acta de Visita Sección Juvenil C.D.P. Puente Alto. Segundo Semestre Año 2018. Santiago, Chile.
7. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. 2003. "Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño".
8. FUNDACIÓN TIERRA DE ESPERANZA. (2012). *Estudio diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiatría para la población de adolescentes que cumplen condena en CIP-CRC*.
9. INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. (2007-2013). Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago, Chile.
10. INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. (2013). Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Santiago, Chile.
11. MINSAL. 2016. "Plan Protege". Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmiD=86308&prmTIPO=DOCUMENTOCO MISION>.
12. PUC, INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA. (2007). Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley.
13. RELATOR ESPECIAL DE LA ONU SOBRE EL DERECHO A LA SALUD. (2020). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Recomendaciones a los Estados Miembro y a todas las partes interesadas para avanzar hacia sistemas de salud mental basados en el respeto a los Derechos Humanos.
14. RIOSECO, P; VICENTE, B; SALDIVIA, S; COVA, F; MELIPILLÁN, A y RUBI, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control.
15. SENAME. 2011. "Orientaciones Técnicas para la Intervención, Centros de Cumplimiento de Condena Régimen Cerrado con Programa de Reinserción Social". Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile.

16. SENDA. (2020). Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Semestral-2020-Adolescentes-con-infracci%C3%B3n-.pdf>

III. REVISTAS/PUBLICACIONES

1. BASCUÑÁN, A. (2007). Derechos fundamentales y derecho penal. Revista de Estudios de la Justicia N°9.
2. BERRÍOS, G. (2005). El Nuevo Sistema de Justicia Penal para Adolescentes. Revista de Estudios de la Justicia, N° 6. Disponible en <http://web.derecho.uchile.cl/cej/htm/media/nuevajusticiaadolescentes.pdf>.
3. CASTRO, A. (2021). La especialidad en la ejecución de la sanción privativa de libertad juvenil: análisis desde el derecho internacional de los derechos humanos y doctrina. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181921>.
4. CENTRO DE DERECHOS HUMANOS, UNIVERSIDAD DE CHILE. (2013). Anuario de Derechos Humanos.
5. CILLERO, M. (2001). Los Derechos del Niño: de la proclamación a la protección efectiva. Revista UNICEF Justicia y Derechos del Niño N°3.
6. FERNÁNDEZ, O.; IRARRÁZAVAL, M.; ORTEGA, B.; CARRASCO, P.; MARTÍNEZ, P.; ROJAS, G. y MUNDT, A. (2021). Salud mental primaria para niños, niñas y adolescentes institucionalizados: perspectiva de equipos de salud. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.
7. GROS, H. (2003). La Dignidad Humana en los Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos. Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época. Vol. 4 (193-223)
8. MALDONADO, F. (2013). Consideraciones generales sobre las relaciones entre salud mental y derecho penal de adolescentes en Chile. Revista de Derecho - Escuela de Postgrado (3).
9. GARCÍA, E. y ALARCÓN, M. (2011). Influencia del juego infantil en el desarrollo y aprendizaje del niño y la niña. EFDeportes.com, Revista Digital. No 153. Buenos Aires

10. NÁQUIRA, J.; IZQUIERDO, C.; VIAL, P. y VIDAL, V. (2008). Principios y penas en el derecho penal chileno. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*.
11. PELE, A. (2015). La Dignidad Humana: Modelo Contemporáneo y Modelos Tradicionales. *Revista brasilera de Derecho* vol.11 no2, On-Line ISSN 2238-0604
12. RAVETLLAT, I; PINOCHET, R. (2015). El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y su configuración en el Derecho Civil chileno. *Revista chilena de Derecho* vol.42 no.3, versión On-line ISSN 0718-3437.
13. SÁNCHEZ, L. 2019. “El sistema de Hard-Law y Soft-Law en relación con la defensa de los derechos fundamentales, la igualdad y la no discriminación”. CEFD. Número 39 Publicación actas Congreso Internacional 70 Aniversario Declaración Universal de Derechos Humanos. Universidad de Jaén.
14. SANHUEZA, GE., CANDIA, J. (2019). Access to healthcare in Chilean prisons: an inmates' perspective. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(1), 5-10. Epub 01 de junio de 2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s1575-06202019000100002>

IV. TESIS

1. ANDRADE STEIL, L. (2010). Contribuciones desde el trabajo clínico de orientación psicoanalítica a la tarea de responsabilización y reinserción de los adolescentes privados de libertad en Chile. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales. En línea <<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105841>>.

V. RECURSOS ELECTRÓNICOS

1. Organización Mundial de la Salud. (2018). “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta”. En línea: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>. [Última consulta: 14 de junio 2021].
2. Organización Mundial de la Salud. (2020). “Salud mental del adolescente”. En línea: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>. [Última consulta: 14 de junio 2021].

VI. TEXTOS LEGALES DE DERECHO NACIONAL E INTERNACIONAL

1. Constitución Política de la República de Chile de 1980. Decreto N° 100. Publicada el 22 de septiembre de 2005.
2. Ley N° 20.084 Establece un sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal.
3. Reglamento de la Ley N° 20.084. Decreto Supremo N° 1378, de 13 de diciembre de 2006, del Ministerio de Justicia.
4. ONU. Convención sobre los Derechos del Niño. Aprobada el 20 de noviembre de 1989.
5. ONU. Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General N°14 sobre el Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11 de agosto del año 2000.
6. ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado el 16 de diciembre de 1966.
7. ONU. Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad. Adoptadas el 14 de diciembre de 1990.
8. ONU. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores. Adoptadas el 28 de noviembre de 1985.

VII. OTROS RECURSOS

1. SENAME. (2021). Carta N° 714. Disponible en:
<https://www.sename.cl/tactiva/2021/septiembre/secreto-reserva/714.pdf>
2. SENAME. (2021). Carta N° 767. Disponible en:
<https://www.sename.cl/tactiva/2021/septiembre/secreto-reserva/767.pdf>