



Tesina Escuela de Derecho

Salud Mental y Cárceles: Protección al derecho a la salud mental de las personas privadas de libertad en Chile.

Autoras: Valentina La Rosa Rodríguez y Elvira Martel Molina.

Profesor guía: Silvio Cuneo Nash.

Marzo, 2020.

Tabla de contenido	
Introducción	2
Capítulo I: Protección internacional de la salud mental: desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.....	4
Capítulo II: Salud mental y cárceles en diferentes sectores del mundo	5
1. Holanda	6
2. Andalucía (España)	7
3. Nueva York y Maryland (Estados Unidos)	9
4. Rio de Janeiro (Brasil).....	10
5. Arequipa (Perú)	12
6. Buenos Aires (Argentina).....	14
Capítulo III: Análisis de la salud mental en la población “libre” chilena	17
1. Legislación.....	17
2. Estadísticas y prevalencia de enfermedades mentales en la población general.....	22
3. Presupuesto y plan nacional en salud mental.....	23
Capítulo IV: Comunidad Penitenciaria	25
1. Análisis normativo	25
2. Modelo de Intervención para personas que cumplen condena en el Sistema Cerrado	26
3. Factores de riesgo para la salud mental en población penitenciaria	30
3.1 Hacinamiento.....	30
3.2 Horarios de encierro y desencierro.....	30
3.3 Horarios de alimentación.....	31
3.4 Celdas de aislamiento.....	31
3.5 Comunidad terapéutica para tratamiento de consumo problemático de drogas y alcohol.....	31
3.6 Acceso insuficiente al agua.	32
3.7 Acceso a las acciones de salud.....	32
3.8 Oferta de planes de capacitación laboral y acciones educativas.....	32
3.9 Deficiencias en la infraestructura.....	32
3.10 Deficiente clasificación de los internos.....	32
4. Prevalencia de enfermedades mentales en establecimientos penitenciarios en Chile.....	33
5. Estándar de salud de las cárceles (actualidad)	35
Conclusión	39
Bibliografía	41

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo determinar si existe o no responsabilidad estatal por proteger la salud mental de las personas privadas de libertad y, enseguida, determinar si el Estado de Chile se hace cargo o no de esta responsabilidad a través de un análisis sobre la prevalencia de las enfermedades mentales tanto en la población libre como la carcelaria; junto con un estudio del estándar de salud que debe haber en las cárceles del país. Luego de vislumbrar la carencia que existe en el sistema chileno, esbozar posibles soluciones tomando en consideración un análisis previo comparado de algunos países que tienen esta responsabilidad y que buscan proteger la salud mental de las personas privadas de libertad con miras a alcanzar los estándares internacionales establecidos. Lo anterior, a fin de considerar el resguardo de la salud mental de los internos como una ventaja desde la perspectiva de la política criminal.

Palabras clave: protección, salud mental, cárcel, responsabilidad, estado.

Introducción.

Son varias las razones por las cuales puede resultar atractivo abordar la salud mental desde una perspectiva jurídica. Entre ellas, porque existe en la legislación una deuda con las problemáticas de salud mental que cada vez resultan más visibles en la sociedad, lo que se materializa en la ausencia de una ley de salud mental en el ordenamiento y en la poca doctrina nacional que se ha encargado de estudiar las diversas aristas del tema.

En esta oportunidad, el análisis se centrará en las problemáticas de salud mental que se observan en la etapa de ejecución del procedimiento penal, y el rol que el estado asume en esta materia como garante de los derechos de las personas que se encuentran en una relación de especial sujeción debido a la privación de libertad. A objeto acotar esta temática, sólo se abordará desde la perspectiva de las personas adultas sobre quienes ha recaído sentencia condenatoria, que puedan padecer enfermedades mentales sin que ello haya determinado su inimputabilidad.

En el desarrollo de este trabajo se entenderá como salud mental el concepto aportado por la Organización Mundial de la Salud según el cual: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es 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. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.”* (Organización Mundial de la Salud, 2018) y

como trastorno mental se considerará el concepto aportado por la misma organización: “*se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo.*” (Organización Mundial de la Salud, 2019)

En concreto, el problema del que se hace cargo esta tesina, es el de investigar si existe protección de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales al interior de las cárceles chilenas, con énfasis en la región de Valparaíso, a partir de una exposición de la normativa internacional pertinente, de un breve estudio comparado de las realidades carcelarias de países extranjeros, y de la situación actual en materia de salud mental que vive la población “libre” en Chile, es decir aquella que no se encuentra privada de libertad. Lo anterior, con el objetivo de esbozar algunas soluciones a las eventuales carencias que se observen en el desarrollo de la investigación.

Para realizar la finalidad mencionada, la metodología utilizada ha sido en primer lugar de una exhaustiva revisión de la normativa internacional y nacional pertinente, seguido de un análisis bibliográfico relativo a las diversas realidades estudiadas, y las estadísticas y datos empíricos que puedan apreciarse, mayormente obtenidos de estudios previamente realizados al interior de las diversas cárceles que se mencionan. No obstante, se han recabado algunos datos entregados por Gendarmería de Chile respecto de la particular situación del Complejo penitenciario de Valparaíso a partir de información obtenida vía ley de transparencia.

I. Protección internacional de la salud mental: desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Hay un amplio marco normativo a nivel internacional que contempla la protección de salud mental como parte integrante de la salud como bien jurídico protegido. Asimismo, el derecho internacional se ocupa de regular esta materia con específica atención en las personas que se encuentran privadas de libertad, dado que éstas constituyen un grupo de personas en situación de vulnerabilidad, como disponen las Reglas de Brasilia sobre el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, que en el capítulo 1, sobre los beneficiarios de estas reglas, en el número 10 señala *“La privación de la libertad, ordenada por autoridad pública competente, puede generar dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia el resto de derechos de los que es titular la persona privada de libertad, especialmente cuando concurre alguna causa de vulnerabilidad enumerada en los apartados anteriores.”*

Como se desprende de esta norma, la situación de estar privado de libertad implica la afectación de otros derechos de los que es titular la persona, lo cual se intensifica al tratarse de personas que padecen alguna discapacidad, entre ellas las discapacidades mentales, lo que las constituye como grupo doblemente vulnerable, ya que el mismo cuerpo normativo establece también dentro del concepto de personas en situación de vulnerabilidad a las personas que padecen una discapacidad física o mental en el capítulo 1 número 3.7.

En este orden de ideas, se reconoce en este trabajo que el derecho a la salud mental no puede ser estudiado en forma aislada de otros también reconocidos por el derecho internacional de los derechos humanos como objetos de protección, dado que no puede considerarse que exista un resguardo pleno de la salud mental sin que antes se garanticen condiciones mínimas para su desarrollo. Se identifican, en este sentido, como relevantes los siguientes derechos:

- 1) Derecho a la integridad física y psíquica (Pacto San José de Costa Rica artículo 5)
- 2) Derecho a la salud
 - a. Salud población general: (Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales en el artículo 12 n°1)
 - b. Salud población penitenciaria: (Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las personas Privadas de Libertad en las Américas establecidos por la OEA, principio X; Reglas 22, 24, 25 n°1, 26, 30, 46 y 82 n°1 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos o Reglas Mandela;

Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes establecidos por la ONU (1982), principio 4 letra b); principio 24 del Conjunto de Principios para la Protección de todas las personas sometidas a cualquier formas de detención o prisión; Regla 12, 13 y 16 de las Reglas de Bangkok)

- 3) Derecho a una igual protección de la ley (Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 7; Principio II inciso primero de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la OEA; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 5 n°1)
- 4) Derecho a un trato digno (Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad emitido por la OEA; PIDCP principio I; CDPD artículo 3; Regla 1 de las Reglas Mandela; Principio 1° de los Principios para la Protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión)
- 5) Derecho a la libertad y seguridad personal (artículo 9 del PIDCP; Principio III n°1 inciso primero de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas emitidos por la OEA; artículo 14 de la CDPD)
- 6) Derecho a la reinserción social: (Artículo 10 n°3 del PIDCP; Reglas 79, 80 y 81 de las Reglas Mandela; Regla Bangkok número 43; principios número 8 y 10 de los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos; principio 60 N°2 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.)

II. Salud mental y cárceles en diferentes sectores del mundo.

En este acápite se revisará la manera en que países de distintos sectores del mundo se adaptan o no al marco internacional, y la forma en que esto es llevado a la práctica en algunos casos particulares. Se tomarán en cuenta para este análisis diversas realidades penitenciarias de Europa, a saber, de Holanda y España, y, por otro lado, se tomará en cuenta la realidad de un país

anglosajón como es Estados Unidos. Finalmente, se estudiarán países de América latina, para realizar un estudio desde una perspectiva regional.

1. Holanda

En Holanda, el Ministerio de Justicia, la Agencia Nacional de Instituciones Correccionales y el Principal Asesor de Política (*Senior Policy Adviser*) han establecido, en el año 2009, que los presos con trastornos psíquicos son un factor importante en las instituciones penitenciarias en Holanda, y señalan en relación a los principios y normativa implicados en la asistencia de reclusos con problemas de salud mental que *“el respeto por los derechos fundamentales de los presos significa que en los establecimientos se ofrezca una atención sanitaria de la misma calidad que la que se ofrece en la sociedad libre”* (Hoff, Loeff, & Latooij, 2009, pág. 36), como se ha establecido en Visión sobre la Atención Sanitaria del Servicio de Establecimientos Judiciales (2002).

En relación con la normativa que rige la asistencia médica en los establecimientos penitenciarios, se observa que los derechos y obligaciones de los presos se recogen en la Ley de Principios Penitenciarios (Penitentie Beginselenwet, PBw) y en el Reglamento Penitenciario (Penitentie Maatregel, PM). La legislación sanitaria holandesa también se aplica en las instituciones penitenciarias. Los presos que tienen una queja sobre la sanidad pueden presentarla ante un asesor médico del Servicio de Establecimientos Judiciales, o ante la Inspección de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes. Esta inspección comprueba la calidad de la sanidad y el cumplimiento de la legislación sanitaria por parte de todas las organizaciones médicas en los Países Bajos también en las instituciones penitenciarias.

En definitiva, Holanda ha establecido como estándar de calidad para medir las prestaciones en materia de asistencia sanitaria, que esta debe ser igual a la que se ofrece en el medio libre. Para este objeto, se han establecido autoridades fiscalizadoras y se han instituido canales de comunicación entre éstas y las personas privadas de libertad. Asimismo, se constata la existencia de un equipo técnico a cargo de la realización de consultas médico-psicológicas. Estas consultas se efectúan al menos una vez a la semana, y constituyen el órgano encargado de coordinar y asesorar sobre la asistencia de las instituciones penitenciarias. Se centra en las cuestiones individuales de asistencia y de ayuda para los presos con problemas psicosociales y psiquiátricos. (Hoff, Loeff, & Latooij, 2009, págs. 36-37)

Así las cosas, es que se advierte que en Holanda se cumple con varios de los derechos internacionalmente protegidos en favor de las personas privadas de libertad que presentan

problemas de salud mental. Entre ellos se destaca para efectos de este trabajo el derecho a la salud y el de igual protección de la ley, regulados ambos en los términos ya expuestos.

No obstante, es importante tener presente que la información que se ha recabado sobre la relación entre salud mental y cárceles en Holanda representa el deber ser, es decir las aspiraciones que tienen las instituciones sobre la ejecución de sus funciones. Por tanto, no debe considerarse que la realidad fáctica de las prisiones en Holanda sea necesariamente como se propone.

2. Andalucía (España)

Desde otra perspectiva, se establece como un referente de la denominada cultura mediterránea en esta materia, el tratamiento que en España se da a la protección de la salud mental en los establecimientos penitenciarios que administran como estado.

Específicamente en la Comunidad Autónoma de Andalucía, y en lo que respecta a los varones que componen la población penal en esta zona, resulta relevante señalar que existen instituciones públicas que se preocupan de realizar estadísticas sobre la prevalencia de problemas de salud mental en las cárceles, que son de público conocimiento. Aquello se entiende como el primer paso que debe dar un estado para poder trabajar en la protección de la salud mental al interior de las cárceles.

Se ha publicado en el año 2016, un estudio de acuerdo con el cual se estudiaron a 472 personas (varones y penados), y se analizó la cantidad y tipos de problemas mentales que padece esta muestra de la población penada en el último mes, y quienes han padecido problemas de salud mental a lo largo de su vida.

El resultado del estudio establece que el 82,6% de la muestra tenía antecedentes de haber padecido algún tipo de problema de salud mental a lo largo de su vida (prevalencia-vida) y el 25,8 de haberlo padecido en el último mes (prevalencia mes). (López, Saavedra, López, & Laviana, 2016, pág. 76)

Con respecto al tipo de problema que se verificó, estos datos globales suman trastornos muy diferentes en cuanto a sus características clínicas y necesidades de atención; de esta forma se observa que la mayoría de las personas tienen antecedentes de trastornos relacionados con el consumo de sustancias (el 66% en referencia a toda la vida y más de un 6% en el último mes, incluso dentro de la prisión), y que la prevalencia de trastornos funcionales (no dependientes del consumo de sustancias ni de una enfermedad somática) alcanza incluso a más de la mitad

de la muestra en cifras de prevalencia vida y del 20% en el último mes. (López, Saavedra, López, & Laviana, 2016, pág. 79)

En relación con los datos de trastornos funcionales vemos que corresponden mayoritariamente a trastornos depresivos y de ansiedad, que afectan respectivamente en torno al 30% de la muestra en cifras de prevalencia vida y en torno al 10% en las de prevalencia del último mes. Por último, cerca del 12% han padecido a lo largo de la vida y casi un 4% en el último mes algún trastorno psicótico, mayoritariamente de los relacionados con la esquizofrenia. (López, Saavedra, López, & Laviana, 2016, pág. 80)

Desde otra perspectiva, es interesante el análisis que realiza la FAISEM titulado “Estigma, Violencia y Enfermedad Mental” en el cual al observar la relación entre violencia y enfermedad mental, a partir de estudios realizados en distintas muestras de población, tanto de la general como de la institucionalizada, concluye que *“los datos disponibles del número creciente de estudios epidemiológicos sobre el tema no confirman ni mucho menos la atribución generalizada de conductas violentas, ni del riesgo de desarrollarlas, a la mayoría de las personas con trastornos mentales graves”*. (López & Margarita Laviana, 2009, pág. 195)

Es difícil establecer con certeza la relación que existe entre padecer una enfermedad mental y la infracción de la ley, ya que, en primer lugar, son muy variados los estándares que se utilizan en los diferentes estudios que se realizan sobre la materia para definir los tipos de enfermedad mental que existen al interior de las cárceles. En segundo lugar, se suele confundir el factor de enfermedad mental con el de pobreza y contexto social en que se desenvuelve el sujeto privado de libertad, que muchas veces proviene de sectores marginales de la población o padece drogadicción, entre otras variables que conducen a la infracción de ley. Por tanto, la asociación de la enfermedad mental con la peligrosidad en términos criminológicos, si bien existe, debe matizarse. (López & Margarita Laviana, 2009, pág. 197)

A mayor abundamiento, la relación entre enfermedad mental y violencia se observa en mayor medida en la violencia que los sujetos que la padecen ejercen contra sí mismos, según relata el citado estudio, de acuerdo al cual, se observan prevalencias en torno al 10% de suicidios consumados y entre el 20% y el 40% de lesiones e intentos de suicidio, en referencia solo a personas con diagnóstico de esquizofrenia, que es considerado un trastorno grave. (López & Margarita Laviana, 2009, pág. 198)

Así las cosas “El fenómeno de la violencia sufre así un enfoque distorsionado para convertirse en el núcleo del estigma hacia estas personas, mucho más allá de lo que permite la información disponible, cuya repetición parece servir de poco frente a las imágenes depositadas en el imaginario social a lo largo de los siglos.” (López & Margarita Laviana, 2009, pág. 198)

3. Nueva York y Maryland (Estados Unidos)

En lo que respecta al norte del continente, una breve mirada se puede obtener de un trabajo del año 2010 que apunta a una perspectiva global del país más que a un solo Estado. En este estudio, entre el año 2004 y 2005 se determinó que la población mentalmente enferma en prisión superó 3 veces más a la de los hospitales psiquiátricos, según la *Bureau of Justice Statistics* del año 2005. En él se estima que el porcentaje de internos mentalmente enfermos alcanza el 16% del total de la población, (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb, & Pavle, 2010, pág. 1) sin embargo solo se recabaron datos de prisiones de Nueva York y Maryland para esta estadística, por lo que tiende a generalizar una realidad que puede no ser compatible con las otras prisiones del país, no obstante se realiza de esta forma debido a la falta de información que existe sobre los demás estados.

Igualmente, se debe tomar en consideración que la información sobre los pacientes de los hospitales psiquiátricos apunta a personas que padecen serios problemas mentales, y no abarca así todo el espectro de las enfermedades mentales. (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb, & Pavle, 2010, pág. 4)

En concreto, este estudio señala que en 2004 había una cama psiquiátrica disponible por cada 3000 personas, a diferencia de lo que ocurría en 1955 que había 1 por cada 300.

Se determina que hay una estricta relación entre los estados que tienen más enfermos en prisión, con aquellos que gastan menos dinero en servicios de salud mental. (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb, & Pavle, 2010, pág. 8)

Por otro lado, se sostiene que el hecho de tener internos que padecen una enfermedad mental en un establecimiento penitenciario genera diversas consecuencias, todas surgen del hecho de que las prisiones no han sido creadas para ser hospitales, ni el personal penitenciario está instruido para ser cuidador de un paciente psiquiátrico.

Este estudio concluye, que es necesario para evitar esas consecuencias, comenzar desde el trabajo que realizan los hospitales psiquiátricos, dado que estos debieran asegurar que los pacientes que son dados de alta hayan recibido un tratamiento adecuado. Además, se sostiene que es menester frenar la situación que ocurre en dicho país al cerrar o disminuir cupos en los hospitales psiquiátricos, con el objetivo de que las personas privadas de libertad, que requieren institucionalización en centros psiquiátricos, tengan la posibilidad de optar a ello y en definitiva abandonar el recinto penitenciario. (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb, & Pavle, 2010, pág. 9)

Una medida a tomar en cuenta para el objetivo descrito es realizar un seguimiento postpenitenciario al paciente que abandona el recinto, el que debe recibir un tratamiento de asistencia necesario para evitar la reincidencia, dado que se ha demostrado su efectividad en la reducción de arresto de personas que padecen una enfermedad mental.

También se proponen las Cortes de Salud Mental, como una medida para ofrecer la posibilidad de que al momento de ser juzgado el sujeto pueda optar entre un plan de tratamiento, que incluya medicación, o bien la cárcel.

Por otro lado, se concluye que es necesario realizar estadísticas de conducta no anunciadas para los establecimientos penitenciarios de cada Estado, para que durante cierto periodo de tiempo se pueda contabilizar a los prisioneros que padezcan enfermedades mentales y luego establecer un incentivo o bien desincentivo a los estados, por tener una menor o mayor población de estos. (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb, & Pavle, 2010, pág. 12)

Finalmente, resulta necesario de acuerdo a este estudio sobre la situación en EE.UU., reformar las leyes sobre tratamiento a la salud mental, las cuales debieran fundarse en la necesidad de un tratamiento estándar y no en la peligrosidad del sujeto. (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb, & Pavle, 2010, pág. 13)

4. Rio de Janeiro (Brasil)

En Brasil, llama la atención que la salud mental tuvo un auge normativo durante los años 1990 y 2003. Se denomina a dicho periodo Reforma Psiquiátrica Brasileña, que, entre muchas cosas, planteó como principales principios, la desinstitucionalización de los sujetos que padecían enfermedades mentales, y el repudio a la internación en hospitales psiquiátricos de forma involuntaria y arbitraria. Durante esta reforma, se destaca la Disposición Interministerial N°628 del año 2002, que establece el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario, el que permitió

dar una nueva mirada sobre este punto, extendiendo la atención de salud mental a los detenidos del sistema penitenciario. (Berlinck, 2009, pág. 265)

Por otro lado, en el año 2017, se determinaron varios factores en las mujeres encarceladas, que influyen en su salud y en especial en su salud mental, teniendo en consideración que éstas tienen mayor probabilidad de enfermarse en prisión, a diferencia de las no privadas de libertad. (Citado en: (Santos, y otros, 2017, pág. 3))

En primer lugar, se establece que las condiciones de confinamiento son determinantes para el desarrollo de enfermedades mentales y de problemas de salud en general (Citada en: (Santos, y otros, 2017, pág. 2). Así, las condiciones precarias del ambiente en que se encuentran producen, entre otras cosas, alteraciones del sueño, de las que pueden derivar otros malestares. La prisión, además, afecta negativamente a otros factores, como la vida sexual, junto con la interrupción de sus relaciones familiares, en especial con sus hijos, debido a las pocas visitas que reciben y a las dificultades que genera el encarcelamiento, lo que produce en ellas tristeza y perturbaciones del ánimo. (Santos, y otros, 2017, pág. 6)

En segundo lugar, se determinó como otro factor que influye en las condiciones de salud mental de las reclusas, la falta de actividades en el recinto, aludiendo a la ociosidad que presentan, lo que muchas veces provoca que recurran al uso de psicotrópicos para inducir el sueño y así escapar de su monótona realidad. (Santos, y otros, 2017, pág. 5)

En tercer lugar, destaca como factor determinante, el hecho de que la mayoría de las personas privadas de libertad entrevistadas habían sufrido algún tipo de violencia, ya sea física, sexual o psicológica, antes de entrar en el recinto, y la mayoría de estas fueron provocadas por un pariente o cercano. Las mujeres entrevistadas experimentaron durante su institucionalización: dolor, ansiedad, estrés y depresión, entre otros. (Santos, y otros, 2017, pág. 4)

En particular, se concluye la necesidad de un *“un equipo multidisciplinario de salud mental dentro del sistema penitenciario que cumpla con las necesidades de esta población”*, para asegurar la preservación de su salud durante la condena, junto con establecer una política que permita y promueva las visitas a las reclusas para que el contacto con sus vínculos sociales y familiares sea preservado. (Santos, y otros, 2017, pág. 8)

Por lo tanto, se identifica como algo clave, el permitirles a las reclusas el contacto sostenido con el mundo exterior, ya sea a través de visitas o bien actividades que les permita reducir estos

tiempos de ociosidad que las lleva a abusar de fármacos o bien, a tener sentimientos de profunda tristeza, los que pueden producir un deterioro de su salud mental.

5. Arequipa (Perú)

Más cercano a Chile se encuentra Perú, del cual se pudo recabar más información, ya que recientemente han dictado una nueva ley de salud mental, por la cual poseen varios estudios acerca de las cárceles y la salud de dicha población.

Si se analiza la legislación peruana podemos encontrar, en primer lugar, que existe un Código de Ejecución Penal, en el cual se sostienen como principios rectores: la reinserción del penado en la sociedad, el respeto a los derechos no afectados por la condena, la prohibición a todo tipo de discriminación, y el trato integral del privado de libertad, entre otros.

De este Código se puede vislumbrar la manera en que se han seguido algunas directrices que ha establecido el derecho internacional, por ejemplo, en el artículo 6 del Título I, se contempla como norma el examen de salud integral que debe hacerse al interno una vez que ingresa al establecimiento. Asimismo, el artículo 18 del Título II, busca promover la participación del sujeto en actividades de distinta índole, con miras a la reeducación y rehabilitación.

Ahora bien, destacan además en la materia que interesa a este trabajo, los artículos 76 y 92 de este Código que aluden al derecho a la salud del interno, y el deber de la Administración Penitenciaria de proveer lo necesario para su bienestar físico y mental, junto con la asistencia psicológica pertinente.

Por otro lado, Perú contempla una legislación únicamente dirigida a la salud mental, como es la Ley de Salud Mental N°30.947 dictada en el año. 2019. Si bien está dirigida para la población en su totalidad, consagra principios como la Cobertura sanitaria Universal, que implica que cualquier persona con problemas de salud mental puede acceder a los servicios de salud, sin discriminación alguna. Se destaca que esta ley hace alusión directa a la CDPD, reconociendo a este cuerpo normativo como un margen de exigibilidad, junto con otros instrumentos internacionales que sean relevantes. (Artículo 3 n°3 y 5).

Luego, en el artículo 7 establece el derecho a la salud mental y el deber del Estado de garantizar servicios para su atención, prevención y promoción, en todo el territorio nacional. Sin embargo, resulta más interesante, que el artículo 11 establece la responsabilidad del Ministerio

de Justicia y Derechos Humanos, junto con el Ministerio de Salud, de velar por la salud mental de las personas privadas de libertad, lo que concuerda con las normas internacionales.

Ahora, en cuanto a analizar si estas normas se cumplen a cabalidad por los establecimientos penitenciarios de dicho país, sobre el particular la información más actualizada es proveída por el Informe de Adjuntía N°006-2018. Este estudio detalla, en primer lugar, la forma en que la sobrepoblación y hacinamiento ha aumentado en los últimos años, estableciendo que para el año 2018, la sobrepoblación ascendió a un 128% lo cual tiene como efecto, entre otras cosas, afectaciones psicológicas en los internos al no tener un espacio propio dentro del recinto. Una segunda consecuencia, de la sobrepoblación, es que la capacidad de las instalaciones no puede satisfacer la demanda de los reclusos en materias como las áreas de trabajo y educación existentes dentro de cada recinto, lo que aporta al deterioro de su salud mental. (Adjuntía para los Derechos Humanos y Personas con Discapacidad: Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios, 2018, pág. 14)

Respecto de la asistencia psicológica, se advierte que el personal no es suficiente para toda la población penal, dificultando la labor de estos al tener que atender a tantos internos. Para satisfacer las demandas de 82.492 internos se cuenta con un total de 63 médicos generales, existiendo sólo un médico especialista en psiquiatría. (Adjuntía para los Derechos Humanos y Personas con Discapacidad: Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios, 2018, pág. 49)

Además, se sostuvo que 560 personas privadas de libertad padecían trastornos mentales o problemas psicosociales, sin incluir aquellas que a la fecha no habían sido diagnosticadas. (Adjuntía para los Derechos Humanos y Personas con Discapacidad: Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios, 2018, pág. 51) Lo que refleja el desconocimiento sobre la salud mental de sus internos, por el hecho de no realizar diagnósticos al momento de ingresar al establecimiento.

Por último, señala que el personal médico de los recintos se centra en su mayoría en los ubicados en la Región de Lima, (Adjuntía para los Derechos Humanos y Personas con Discapacidad: Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios, 2018, pág. 49) lo que hace necesaria una desconcentración de estos, para que la asistencia pueda alcanzar a las otras regiones del país.

En este contexto, existe un estudio realizado el año 2015, sobre el penal de Socabaya Arequipa similar al realizado en Brasil. En este se entrevistaron a 78 reclusos que presentaban manifestaciones psicopatológicas significativas. (Arias, Canales, & Torre, 2016, pág. 80)

Se determinó que en la población carcelaria hay una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos de conducta, junto con el abuso de sustancias psicoactivas y síntomas psicóticos. Lo anterior, considerando que este recinto penitenciario era uno de los 3 de la Región Sur de Perú que se encontraba sobrepoblado (Adjuntía para los Derechos Humanos; Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios, 1999, pág. 35) y carecía de un médico especializado en psiquiatría.

Según este estudio, el hecho de vivir recluso puede tener efectos en la conducta y personalidad del sujeto encarcelado, y tiende a empobrecer psicológicamente y desocializar al sujeto. (Arias, Canales, & Torre, 2016, pág. 82) Por lo que concluye que es necesario la creación de programas de tratamiento diferenciado, y que las autoridades penitenciarias diseñen estructuras organizacionales y procedimentales que favorezcan los procesos de cambios en la población encarcelada. (Arias, Canales, & Torre, 2016, pág. 86)

Al igual que el estudio de Brasil, se sostiene que es necesaria la inclusión de la familia en el tratamiento de los internos, y el restablecimiento de su funcionamiento psicológico y social, a través del entrenamiento de sus habilidades sociales, y la materialización de técnicas, para conseguir la autorregulación de la conducta. (Citado en: (Arias, Canales, & Torre, 2016, pág. 86))

Se concluye que en Perú en la teoría legislativa se cumplen los estándares internacionales impuestos por los diversos instrumentos, sin embargo, la realidad demuestra que no se cumplen a cabalidad, existiendo una insuficiente oferta de servicios de salud mental en los establecimientos penitenciarios, lo que empeora con las situaciones de sobrepoblación y hacinamiento en las que deben convivir los internos.

6. Buenos Aires (Argentina)

Desde la perspectiva normativa, encontramos en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, que establece el derecho a la salud mental a todas las personas, y tiene como directrices diversos instrumentos internacionales, tales como la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.

Esta ley reconoce en el artículo 7 los derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos: el de recibir una atención sanitaria integral y humanizada, ser acompañado por familiares u otros afectos durante su tratamiento, y el de ser informado de manera adecuada de los derechos que lo asisten, entre otros. Establece también, la internación hospitalaria como un recurso de carácter restrictivo (Art 14 y 10), y que la atención debe otorgarse preferentemente fuera del ámbito de esta, desde un abordaje interdisciplinario.

En segundo lugar, también cuenta con una Ley de Ejecución Penal n°24.660 que fue modificada por la ley n°27.375 sobre Ejecución de la pena privativa de libertad en 2017. En ella se establecen principios, tales como la progresividad del régimen penitenciario (artículo 6), promoviendo así la evolución del condenado a instituciones abiertas y estableciendo específicamente en su artículo 12 los periodos de los que consta dicha progresividad.

Asimismo, denota un cumplimiento de las normas internacionales en su artículo 13, que establece el primer periodo de dicho proceso, como aquel que consiste en realizar un estudio psicológico del interno al momento de ingresar al recinto.

Luego en sus artículos 143 y 144, establece el derecho a la salud del interno, incluido en este la entrega de una asistencia médica integral junto con un historial clínico del estado de cada paciente. Esta normativa establece además una asistencia postpenitenciaria en su artículo 172, a cargo de una institución con dichos fines para procurar la protección a su persona y dignidad.

Por otro lado, esta ley abarca el ámbito que compete al personal de los establecimientos penitenciarios, en cuanto ordena que este debe ser “cuidadosamente” seleccionado, capacitado e incorporado a sus funciones, teniendo en cuenta siempre “la misión social que debe”, según describen los artículos 200 y 201.

Por último, al igual como ocurre en la ley peruana, se obedece a la normativa internacional, dado que en su artículo 201 inciso 2° hace expresa mención a que las normas de dicha ley deberán considerar las Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre Tratamiento de los Reclusos, entre otras normativas relevantes.

Luego, en Argentina podemos encontrar los Programas de Atención Psiquiátrica del Servicio Penitenciario Federal Argentino (en adelante SPF). El Servicio Penitenciario fue objeto de reformas en el año 2011 en lo que refiere a la atención médico-psiquiátrica. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 15) En este contexto, la Ley de Ejecución Penal n°24.660, establecía los fines del

régimen penitenciario, como también la obligación de que los tratamientos de los condenados debían ser programados individualmente según las características de cada preso, fundando estas normas en el criterio de progresividad. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 16)

Antes de la reforma, había servicios psiquiátricos que consistían en cárceles instaladas dentro de los mismos hospitales psiquiátricos públicos, y estaban ubicados en la ciudad autónoma de Buenos Aires; esto se cambió a complejos penitenciarios de máxima seguridad ubicados en la zona rural de Ezeiza. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 17)

La Ley de Salud Mental n°26.657 creó un dispositivo novedoso de intervención llamado Programa Interministerial de Salud Mental Argentino o PRISMA, del cual luego se generó la creación de un segundo programa llamado Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral, denominado PROTIN. Estas transformaciones generaron una serie de tensiones en torno a la definición de lo que debía constituir la atención de la salud mental en la cárcel. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 17)

En primer lugar, el PRISMA, propende a la protección y mejoramiento de la salud mental de las personas privadas de libertad. En él se delegó al Ministerio de Salud la etapa de intervención de egreso, que suponía el acompañamiento de los pacientes en su integración al medio libre, sin embargo, nunca llegó a entrar efectivamente en funcionamiento dicha etapa. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 20). Este programa tiene la intención de reforzar la identificación con el afuera, y permite disociar el binomio de seguridad-tratamiento. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 28)

Se critica de este programa, que no toma en consideración para su ingreso las condiciones institucionales del encierro y sus efectos sobre la vida y la conducta de las personas afectadas, ni tampoco responde a la expectativa de ser un recurso estratégico en relación con el mantenimiento del orden en el encierro. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 27)

En segundo lugar, PROTIN, se concibe como un programa complementario, y su equipo consiste en profesionales y un cuerpo de seguridad, los cuales pertenecen como oficiales del escalafón profesional de la fuerza de la SPF. Es un programa centralizado y recibe internos de otros establecimientos penales del SPF. (Mouzo & Rios, 2018, pág. 23)

Es un recurso estratégico al mantenimiento del orden en el encierro, como lo es también la práctica de la medicación que suele ser de mayor nivel en el espacio carcelario. (Mouzo & Rios, 2019, pág. 25)

En definitiva, PROTIN es un servicio de salud propiamente penitenciario, en cambio PRISMA es un programa de atención de carácter civil de la salud mental.

Habiendo señalado la normativa aplicable y los programas existentes, corresponde ahora observar lo que se constata en la realidad de la población penitenciaria argentina. Sobre esta materia, la Procuración Penitenciaria de la Nación, ha denunciado los siguientes problemas, a saber: (1) Circulación desregulada de psicofármacos y una atención sanitaria que se realiza sin tomar en cuenta la historia clínica del detenido; (2) Traslados-sanción temporales al módulo psiquiátrico; (3) Tratamiento de las adicciones con admisión exclusiva de las personas que no se encuentran bajo tratamiento psicofarmacológico; (4) Disminución de profesionales observada desde octubre de 2015 y una consecuente afectación de las actividades (talleres, grupos, etc.) que se ofertaban como parte del tratamiento; (5) Deficientes condiciones edilicias y de recursos materiales en los consultorios; (6) Falta de la debida confiabilidad durante las entrevistas psicológicas; (7) Muertes traumáticas y de causas dudosas; (8) Utilización de medidas de sujeción, técnicamente llamadas medidas de contención mecánica. (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2017, págs. 1-13)

Además, se observa que existe una paradoja en la presencia de la variable psicológica, ya que la enfermedad mental lleva consigo la suspensión de la progresividad prevista en el régimen correccional, debido a que queda suspendida su posibilidad de acceder a beneficios y a medidas morigeradoras del encierro. Aquello, es una maniobra que vulnera el derecho a una debida asistencia en salud mental y al principio de la progresividad del régimen penitenciario.

III. Análisis de la salud mental en la población “libre” chilena

A continuación, se estudiará la salud mental en la población libre de Chile desde una perspectiva normativa, estadística y presupuestaria.

1. Legislación

Como punto de partida, en Chile se contempla como derecho fundamental el derecho a la protección a la salud, así en la Constitución Política de la República del año 1980 señala en su artículo 19 número 9 este derecho, y menciona el deber del Estado de garantizar la ejecución de las acciones de salud. Sin embargo, el mecanismo que establece la Constitución para la protección y defensa de este derecho, como es el Recurso de Protección, sólo cabe respecto del inciso final

de este numeral, es decir, el derecho de elegir el sistema de salud al que uno desee acogerse, por lo que no habría mecanismo constitucional para hacer frente a una violación del derecho de salud propiamente tal.

Por otro lado, se debe mencionar que en Chile no existe una ley de salud en particular, como las de sus vecinos Perú y Argentina, sin embargo, pretende suplir de manera parcial esta falta la ley n°20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, del año 2012.

El trámite legislativo de esta ley inició con el mensaje n°223/354 emitido por la ex presidenta Michelle Bachelet (2006), el cual señaló que la inspiración de los derechos que se garantizarían en dicho proyecto se recogería de los distintos instrumentos de derecho internacional, como las declaraciones dictadas en el marco de la Organización de Naciones Unidas, como también la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, entre otros. El enfoque es el respeto por las personas con discapacidad psíquica o intelectual, y se busca la reducción de casos de tratamientos involuntarios y la existencia de comisiones de protección a sus derechos, con el objeto de disminuir las brechas de discriminación que a ellos afectan.

En concreto, la ley n°20.584 establece un principio general en su artículo 2° respecto a que toda persona tiene derecho a que sus acciones en salud -como las de promoción, recuperación y rehabilitación- sean otorgadas de manera oportuna y sin discriminación arbitraria, señalando luego, uno a uno, los derechos de las personas en su atención en salud.

Respecto a la salud mental en específico, destacan los artículos 23 y siguientes de la ley, del Párrafo 9° “De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual”, los cuales demuestran la falta de actualización existente en relación a las normativas internacionales, dado que, entre otras cosas, permite la aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, como la esterilización del sujeto (art 24), y la hospitalización involuntaria de este (art 25), procedimientos bastante obsoletos.

No obstante, estos tratamientos requieren de la revisión de ciertos organismos, entre ellos se encuentra la Comisión Nacional de protección de los derechos de las personas con enfermedades

mentales (en adelante CONAPPREM), bajo la dirección del Ministerio de Salud. Esta institución tiene como función principal velar por la protección de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, principalmente a través de la defensa de sus derechos humanos.

Es destacable la creación de dicha comisión, primero, porque se subdivide en comisiones regionales con el mismo objeto, y segundo, porque sigue un criterio multidisciplinario para su integración, contemplando puestos para profesionales médicos, psicólogos, abogados, e incluso asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual, entre otros (Art 2).

Sin embargo, en la práctica no ha cumplido con las expectativas esperadas de una organización que debiera amparar por la protección de las personas con enfermedades mentales. Así lo ha señalado el Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile de 2018, el cual sostiene que, en primer lugar, la Comisión carece de facultades resolutivas y sancionatorias para fiscalizar adecuadamente la autoridad sanitaria (Del Pino & Ramírez, 2018, pág. 561), por lo que no tiene la potestad suficiente para lograr los objetivos esperados por esta institución.

En segundo lugar, dado que *“al tratarse de organismos que funcionan al alero del gabinete ministerial de Salud, sin recursos propios y con escaso personal,”* (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017, pág. 97) se limita su imparcialidad e independencia necesarias para la protección de los derechos de las personas que padecen una discapacidad mental.

En tercer lugar, no se ha constituido una comisión regional en la Región Metropolitana siendo esta *“la región que por su magnitud presenta la mayor cantidad de vulneración de derechos en la atención de salud mental”*. (Citado en: (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017, pág. 97)).

Por último, se critica a la CONAPPREM ya que *“no ha efectuado acciones concretas para cautelar debidamente los derechos de los pacientes”* (Del Pino & Ramírez, 2018, pág. 570). Así, el INDH ha constatado violaciones a los derechos de personas que residen en unidades psiquiátricas de larga estadía, y sin embargo la CONAPPREM no ha cumplido con sus funciones de ejercer las acciones legales correspondientes en defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidades psíquica o mental.

Si bien se considera un avance la existencia de la ley n°20.584, no satisface la ausencia de una legislación general en materia de salud que se adecue a los estándares exigidos por los organismos y convenciones internacionales. Sobre este punto, llama la atención que no se discute

actualmente en el parlamento un proyecto de ley general en materia de salud. Sin embargo, se encuentra en tramitación un proyecto de Ley de Salud Mental.

Este proyecto ingresó en junio del año 2016 a la cámara de diputados por moción parlamentaria y su objetivo es subsanar el hecho de que la legislación chilena –como señala la moción- desconoce estándares mínimos de protección de derechos humanos establecidos por la Organización Mundial de la Salud y por Naciones Unidas. A continuación, se analizará su contenido refundiendo las últimas indicaciones que se han hecho a la fecha, que son las publicadas en junio del año 2019, que corresponde al texto aprobado en general por la Comisión de Salud en la Cámara de Diputados.

Este proyecto se denomina “Del Reconocimiento y Protección de los Derechos Fundamentales de las personas con enfermedad o discapacidad mental”, cuya pretensión es establecer la salud mental como prioridad nacional y como derecho fundamental, y ser aplicado a los servicios públicos y privados de salud. En cuanto a los derechos y deberes de las personas con discapacidad mental se remite a lo señalado en la ley n°20.584.

En el artículo 5 del proyecto se establece que el estado promoverá la atención interdisciplinaria en salud mental y que el proceso de atención debe ser encaminado al reforzamiento de los lazos sociales, inclusión y participación del paciente en la vida social.

En el título II del proyecto se le reconocen a las personas con discapacidad intelectual o psíquica todos los derechos fundamentales que se consagran en la Constitución, y entre ellos se destacan: el derecho a ser reconocido siempre como sujeto de derecho, el derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y libertad personal, a no ser sometido a tratamientos invasivos e irreversibles de carácter psiquiátrico, sin su consentimiento, a que no se realice el procedimiento de esterilización como método anticonceptivo, sin su consentimiento, no obstante se permita el proceso de esterilización cumpliéndose algunos requisitos que se establecen en el artículo 7.4. del proyecto de ley en comento.

Por otro lado, se establece el derecho a que la Corte de Apelaciones respectiva autorice y supervise, periódicamente, las condiciones de su hospitalización involuntaria o voluntaria prolongada, y a contar con una instancia judicial de apelación. También, se establece el derecho a recibir atención sanitaria integral y humanizada, a partir del acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud que se ajuste a principios éticos; a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más efectiva y segura, que menos restrinja sus derechos y libertades, entre otros.

Por otro lado, se prohíbe la prescripción y administración automática de medicamentos, los que no deben nunca suministrarse como castigo ni como una manera de suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados.

Asimismo, en el artículo 18 se establecen garantías respecto de la calidad de la atención de los establecimientos que suministren el tratamiento y la certificación de la especialidad de los profesionales que se encuentren a cargo.

Luego, en el título IV, se establecen los derechos de los familiares y otros cuidadores de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, que se refieren al derecho a informarse sobre la mejor forma de ejercer los cuidados de estas personas, a organizarse para abogar por sus necesidades y las de las personas a quienes cuidan, a crear instancias comunitarias que promuevan la inclusión social, y a denunciar situaciones que resulten violatorias de los derechos humanos.

Con relación a la inclusión social (título V), el artículo 21 establece *“La articulación intersectorial del Estado deberá incluir acciones permanentes para la cabal inclusión social de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.”*

El presente proyecto no se encuentra exento de críticas, en cuanto a que no se ajusta a los estándares internacionales en la materia. En primer lugar, se establecen en forma declarativa diversos derechos de las personas con problemas de salud psíquica o mental, sin embargo, no se hace cargo de las numerosas barreras institucionales, normativas, y de prácticas sociales que actualmente existen en torno al pleno ejercicio de estos derechos. Es menester precisar un compromiso del estado en cuanto a las reformas institucionales que se deben realizar para adecuar sus prácticas a estos derechos, y en ese sentido el mencionado artículo 21 de este proyecto, no parece ser suficiente en cuanto a que solo se refiere a la “inclusión social”, mas no a la adecuación social a las especiales necesidades de este grupo de personas.

Por otro lado, no se observa una prohibición absoluta de la esterilización y hospitalización involuntaria, si bien en la segunda la inclusión del poder judicial es un mínimo avance en cuanto a la vigilancia en las relaciones de poder que existen entre el médico y paciente, no se puede desconocer en este punto una vulneración del derecho a prestar consentimiento informado ante toda intervención médica que se pretenda realizar a estas personas. Por último, los criterios que se establecen para decidir sobre ambas materias -esterilización y hospitalización

involuntarias- son meramente médicos, en el sentido de que no se ocupan por velar en primer lugar por los derechos del paciente y se basan en un concepto de peligrosidad de este.

2. Estadísticas y prevalencia de enfermedades mentales en la población general

En el año 2010 el porcentaje estimado de personas con patologías que estaría sin tratamiento - la denominada “brecha de tratamiento”- fue de 55% para la depresión, 91% para el abuso de sustancias y 78% para la esquizofrenia. (Leyes de Salud Mental y Reformas psiquiátricas en América Latina, Agrest y Mascayano, 2018, p. 340)

Para efectos de recoger datos más actualizados en relación a la prevalencia de trastornos mentales en la población general, es que procede analizar la última Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Salud que ha sido publicada a la fecha, y ella es la correspondiente al periodo 2016-2017.

En primer lugar, llama la atención en esta encuesta lo acotado que es el espacio que en ella se otorga al estudio de la salud mental en la población, dado que los únicos ítems que se abordan corresponden a la prevalencia de depresión e ideación y/o intentos de suicidio efectuados en los últimos doce años. En relación con la prevalencia de depresión, se ha utilizado el instrumento CIDI¹ ideado por la OMS, para estudios de salud mental en la población mundial. La muestra lograda, fue de 3.403 personas encuestadas, población mayor o igual a 18 años, el 49% de sexo masculino, y el 51% de sexo femenino. Se analiza primeramente la sospecha de depresión, considerando la presencia de síntomas de tristeza (disforia) y falta de interés o capacidad de disfrute (anhedonia).

En consideración de aquello, los resultados obtenidos fueron los siguientes: un 15,8% de la población total ha presentado sospechas de depresión en los últimos doce años. Se observa una notable diferencia con relación al sexo de la persona encuestada, pues de la de sexo masculino, un 10% presentaron sospechas de depresión, mientras que respecto de las encuestadas de sexo femenino este porcentaje alcanza el 21, 7%.

¹ The WHO WMH-CIDI is a comprehensive, fully-structured interview designed to be used by trained lay interviewers for the assessment of mental disorders according to the definitions and criteria of ICD-10 and DSM-IV. It is intended for use in epidemiological and cross-cultural studies as well as for clinical and research purposes. The diagnostic section of the interview is based on the World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview (WHO CIDI, 1990). <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/>

Respecto de la prevalencia de depresión en los últimos 12 años, se observa que un 6,2% de la población nacional la padece, y de la muestra recogida, un 2,1% de los varones encuestados presentan diagnóstico de depresión, mientras que en las mujeres encuestadas esta cifra asciende al 10,1%.

De este 6,2% de la población que padece depresión, un 18,7 % ha recibido tratamiento durante los últimos 12 meses, debido a sus problemas emocionales o por el uso de alcohol y drogas, mientras que un 36,1% se encuentra en tratamiento GES de depresión.

En relación con el uso de servicio de salud mental un 1,6 % de las personas encuestadas manifestó realizar actualmente un tratamiento para la depresión, un 0,3 % indicó encontrarse en tratamiento para trastorno bipolar, y un 0,1 % manifestó encontrarse en programas de rehabilitación por adicción al alcohol y drogas, considerando para el cálculo de estas cifras únicamente a quienes se encuentran en tratamiento ofrecido por el programa GES.

De lo anterior se concluye, que la brecha de las personas que padecen enfermedades mentales de las que reciben tratamiento es muy alta, ya que existe un alto porcentaje de personas que no reciben tratamiento, no obstante, es menester considerar que en esta realidad puede condicionarse por múltiples factores, tales como una posible cantidad de personas que voluntariamente no quieran someterse a tratamiento, y aquel grupo que no recibe tratamiento dado el desconocimiento del mismo y/o los pocos recursos que se destinan a salud mental, que son insuficientes para abarcar a todo el espectro de personas que padecen enfermedades mentales.

3. Presupuesto y plan nacional en salud mental

Actualmente en Chile existe un Plan Nacional de Salud Mental presentado por el Ministerio de Salud el año 2017 con proyección hasta el año 2025, sucesor a los de los años 1993 y 2000, el cual dirige énfasis a la salud pública, con un enfoque en derechos humanos, instando sobre todo a la creación de una Ley de Salud mental.

Reconoce los desafíos que presenta el país y que busca paliar como son: la desigualdad en el acceso a los servicios de salud mental, los altos porcentajes de prevalencias de trastornos ansiosos y de dependencia de sustancias, el bajo gasto público en materia de salud, y la

desactualización legislativa en relación con los Planes de Acción en Salud Mental de la OMS, considerando que Chile es parte del 40% de países del mundo que no tiene Ley de Salud Mental. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2017, pág. 11)

El Plan sigue siete lineamientos, dirigidos a distintas áreas o enfoques relacionados con la salud mental, estos son: normativa o legislativa, de situación óptima de acceso y atención, presupuestaria, de calidad, de recursos humanos y laboral, de vinculación con organizaciones y agrupaciones, e intersectorial.

Parece adecuado y coherente, ya que busca satisfacer de manera total las falencias que se presentan actualmente en el sistema de salud mental. Es destacable la orientación a un sistema que trabaje en conjunto con otros, dirigido no sólo al tratamiento, sino también a la prevención y promoción de enfermedades mentales, y con diálogo con los propios usuarios o sus familias a través de las agrupaciones formadas al efecto.

Sin embargo, este plan se vuelve ilusorio, ya que, al querer abarcar tantas áreas, muchas que requieren de la participación de otros ministerios o poderes del Estado, como la redacción de una ley general en salud mental, no es posible hacerse cargo de ellas cumpliendo las metas que en él se proponen. Así como el hecho de que se haya establecido que para el presente año 2020, Chile contaría con una ley de salud mental (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2017, pág. 49), lo cual aún no ocurre.

Asimismo, el cumplimiento de estas metas requiere de un presupuesto y de recursos que puedan satisfacer las altas expectativas de este proyecto, el que señala como meta el aumento del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental en un 0.65% a partir del año 2019, y proyecta un aumento al año 2025, que resultará en al menos un 6% del presupuesto de salud destinado a la operación en régimen del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2017, págs. 90-91). No obstante, la realidad es otra, si se analizan los presupuestos en salud de los años 2019 y 2020.

A modo de resumen, desde el regreso de la democracia el porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental fue en aumento, creciendo desde un 1%, hasta un 3,1% en el año 2008, para luego decaer hasta un 2,16% en el año 2012, alejándose de la meta establecida por el anterior Plan Nacional de Salud Mental. (Ministerio de Salud, 2014, págs. 40-41).

Ahora, tanto en el año 2019 como 2020, se estableció un aumento en el presupuesto de salud general; en 2019, el aumento fue de un 5.9%, alcanzando los \$8.654.804 millones (Dirección de Presupuestos, 2019, págs. 23-26). En 2020, el incremento fue de un 5.7%, obteniendo como presupuesto total \$9.546.905 millones. (Dirección de Presupuestos, 2020, págs. 30-31). Sin embargo, no se plantea un enfoque priorizado en salud mental, sino que ambos vocalizan gran parte del presupuesto a la atención primaria en salud (APS) y al programa ampliado de inmunizaciones (PAI), junto con proyectos de infraestructura de centros médicos y hospitales.

Por lo que, no obstante, el plan nacional de salud mental que rige actualmente busca resolver las aristas existentes, el porcentaje del presupuesto de salud destinado a la salud mental es aún deficiente, no pudiendo alcanzar los estándares establecidos en anteriores planes y otros países de igual desarrollo.

IV. Comunidad Penitenciaria

A continuación, se analizará el sistema de salud mental en los recintos penitenciarios del país, con un mayor énfasis en la región de Valparaíso. Las perspectivas desde las cuales se abordará este tema son las siguientes: normativa, factores de riesgo, modelo de intervención psicosocial para la reinserción, prevalencia de enfermedades mentales y estándar de salud en las cárceles chilenas.

1. Análisis normativo

Para comenzar, al igual que en el estudio de la población “libre”, se examinará el marco regulatorio que envuelve esta materia, aludiendo a las principales normativas que tratan la salud mental en las cárceles chilenas.

Por lo antes dicho, compete en este capítulo revisar la ley orgánica de Gendarmería, Decreto Ley 2859, y el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, Decreto Ley 518.

En primer lugar, la ley orgánica de Gendarmería establece que se trata de un servicio público que tiene por objetivo principal contribuir a la reinserción social de las personas privadas de libertad (Artículo 1º). En ese orden de ideas, es que señala el deber de custodiar y atender a las personas privadas de libertad mientras mantengan dicha condición, contribuyendo a la reinserción social como fin último, mediante acciones tendientes a “eliminar” su peligrosidad. (Artículo 3º letra e) y f)).

Respecto a la materia que compete a esta tesina, señala que el personal de Gendarmería debe otorgar un trato digno a cada persona que se encuentra bajo su cuidado, soportando en caso contrario una sanción acorde a las leyes y reglamentos vigentes (Artículo 15). Asimismo, señala en su artículo 20, que los servicios de salud deben prestar atención sanitaria gratuita a las personas sometidas a la guarda de Gendarmería, no obstante, los servicios que puedan prestar los Centros Médicos de Gendarmería.

En segundo lugar, y probablemente más atinente a esta materia, se encuentra el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, Decreto Ley 518; aquel, al igual que la norma anterior, sostiene como fin último la reinserción social, junto con la asistencia de las personas privadas de libertad (Artículo 1°), recalando que su condición jurídica no varía de los ciudadanos libres. (Artículo 2°).

Por otro lado, señala que la actividad penitenciaria debe realizarse al margen de las garantías establecidas por la Constitución, los tratados internacionales ratificados por Chile, las leyes y reglamentos vigentes, derivando en responsabilidad su infracción. (Artículos 4° y 25)

En materia de salud, sostiene el derecho a un trato digno, libre de torturas y tratos crueles o inhumanos, y el deber de la administración penitenciaria de velar por la salud de los internos (Artículo 6°). Respecto de la atención médica señala de manera general el derecho a ser atendido en la unidad médica del establecimiento penitenciario, como también, el de ser trasladado por orden del juez en caso de enfermedad grave o accidente. (Artículos 34 y 38).

No obstante lo anterior, el Reglamento decae en su artículo 75, al mencionar que los derechos de los internos pueden ser restringidos a causa de alteraciones del orden y la convivencia del establecimiento. Así, establece una serie de sanciones en caso de que los internos cometan faltas, entre las cuales se encuentra el aislamiento y la internación en celda solitaria, y la limitación de visitas (Artículo 81, letras f), j) y k)), las cuales, a pesar de tener directrices para su ejecución, no parecen congruentes con el derecho a un trato digno que el mismo instrumento establece. Esto se vislumbra, por ejemplo, en su artículo 85 que señala únicamente que durante el “castigo” el interno tendrá derecho, a lo menos, a una hora diaria al aire libre.

2. Modelo de Intervención para personas que cumplen condena en el Sistema Cerrado
El modelo de intervención para personas que cumplen condena en el sistema cerrado tiene

como objetivo general entregar una intervención integral y diferenciada a las personas privadas de libertad para disminuir su riesgo de reincidencia y facilitar su reinserción social.

Los objetivos específicos que deben alcanzarse como parte de las acciones del Modelo son: (1) Realizar una evaluación diagnóstica de la población penal que permita conocer el riesgo de reincidencia y las necesidades de intervención; (2) Elaborar un plan de intervención individual que sea coherente con la evaluación diagnóstica y además considere las prestaciones e intervenciones sugeridas para el interno durante toda su condena; (3) Desarrollar un proceso de intervención planificado y progresivo que considere la participación gradual del interno a mayores espacios de libertad hasta el cumplimiento de la condena; (4) Ejecutar intervenciones especializadas focalizadas en las necesidades criminógenas y en la oportuna atención de sus necesidades básicas coordinando y/o ejecutando las prestaciones que sean necesarias; (5) Apoyar el tránsito de los internos hacia la comunidad, en cualquiera de sus modalidades, efectuando las actividades de evaluación, intervención y acompañamiento que sean necesarias para ello.

En cuanto al marco teórico que hay detrás, se considera la importancia de implementar modelos de intervención basados en evidencia, por lo que el sistema cerrado incorpora los principios centrales del Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR), desarrollado por Andrew y Bontá (en los años ochenta). Estos principios se complementan con la aplicación del Modelo Transteórico del Cambio, impulsado por Prochaska y Di Clemente en los años ochenta, y que en su eje central asume la capacidad que tiene la persona para cambiar su comportamiento. Desde esta perspectiva, se entiende que los profesionales no sólo son responsables de orientar a las personas a quienes atienden o intervienen, sino también de generar estrategias motivacionales destinadas a disminuir resistencias, ofrecer alternativas, reducir la deseabilidad social y clarificar los objetivos de cambio propuestos.

No obstante, estos modelos cuentan con un cúmulo de evidencia sobre su efectividad en la población infractora, en muchas ocasiones no se ajustan a las necesidades de las personas que cumplen condena, por lo que deben aplicarse otros modelos con menos evidencia sobre su efectividad. Un ejemplo de esto, son las situaciones en que la persona que cumple condena no cuenta con vivienda o con una red de apoyo familiar fuera de la cárcel, que son condiciones que influyen directamente en los resultados de la intervención en la conducta delictual. Aquello se relaciona con el principio de discrecionalidad profesional que se contempla en el modelo RNR, de acuerdo a lo cual en estas situaciones en que no es aplicable un modelo basado en evidencia, debe aplicarse juicio profesional.

En cuanto a las etapas del modelo de intervención se distinguen cuatro: (1) clasificación y segmentación, (2) diagnóstico y elaboración del plan de intervención individual, (3) proceso de intervención, y (4) preparación al egreso. Es decir, una vez que el condenado ingresa al recinto penitenciario se le realiza una evaluación que toma en cuenta condiciones de seguridad, riesgo de reincidencia, necesidades de intervención, entre otros. Luego, a partir de lo que sugiere un integrante del equipo técnico, en lo que se denomina Inventario para la Gestión del Caso/ Intervención (IGI), se le asigna una dependencia del recinto al condenado. Junto con la evaluación IGI pueden realizarse evaluaciones complementarias, cuando se dan ciertos casos como sospechas de psicopatía, conducta violenta, consumo abusivo de drogas, entre otros. No obstante, la sugerencia del gestor del caso para la toma de decisión final respecto del destino del condenado, deberán reunirse integrantes del área operativa y del área técnica y realizar la clasificación final.

Una vez hecha la clasificación, corresponde realizar el plan de intervención individual del sujeto, de lo que es responsable el gestor del caso, para tal objeto él debe: a) revisar las evaluaciones de riesgo de reincidencia y evaluaciones complementarias, b) realizar una síntesis diagnóstica, c) elaborar el PII y, d) presentarlo ante el Consejo Técnico.

El PII es una herramienta de trabajo que orienta los objetivos y las acciones en las que participará el interno/a durante el cumplimiento de su condena. Se construye a partir de la evaluación de los factores de riesgo, necesidades de intervención y de asistencia, factores protectores y las consideraciones en materia de responsividad identificadas en los respectivos instrumentos.

La fase siguiente es el proceso de intervención propiamente tal. Esta etapa corresponde a la ejecución de las actividades establecidas en el PII, según la modalidad y planificación sugerida. En particular, incluye la incorporación a intervenciones especializadas para atender las necesidades asociadas con el comportamiento delictual del interno, así como también a las prestaciones básicas y/o especializadas que requiera durante el cumplimiento de condena, todo lo cual constituye la oferta programática disponible.

Los ejes sobre los cuales se ofrecen actividades de reinserción son los siguientes: educacional, laboral y psicosocial. En virtud del tema que ocupa este trabajo, se analizará sólo el eje psicosocial.

En este eje se pretende trabajar las siguientes áreas: (1) consumo de drogas, (2) programa de prestaciones para la reinserción social, (3) delitos sexuales, (4) delitos violentos, (5) delitos de pareja, (6) competencia prosocial, (7) mujeres.

En cuanto al programa de prestaciones para la reinserción social se contempla la atención psicológica, que en esta fase se entiende como actividades destinadas a la asistencia psicológica, realizar entrevistas destinados a pesquisar trastornos de salud mental, contención en crisis, orientación psicológica y emocional, entre otras.

Existen intervenciones especializadas, que corresponden a actividades estructuradas y planificadas en función de las necesidades de intervención que consideran al menos las siguientes temáticas: comportamiento violento, competencia prosocial, programa de preparación para el egreso y programa para mujeres infractoras.

Es decir, deben ofrecerse programas destinados a desarrollar respuestas alternativas para romper con las pautas de conducta que promueven el desarrollo de comportamientos agresivos. Asimismo, es necesario elaborar programas que permitan desarrollar las siguientes competencias: locus de control, autocontrol/impulsividad, razonamiento crítico, percepción social y empatía, y solución de problemas efectiva.

En el caso de las mujeres infractoras deben desarrollarse programas que trabajen con los factores de riesgo especiales que tiene esta población penal, que difiere en sus necesidades en comparación con la población masculina. Estas suelen relacionarse con la precarización laboral, problemas de salud mental y cuidado de los hijos.

Es importante destacar que estos programas focalizados en la conducta delictual sólo se ofrecen para aquellos condenados que son diagnosticados con alto o moderado riesgo de reincidencia, para el resto de la población penal, es decir quienes son diagnosticados con bajo riesgo de reincidencia o quienes no son evaluados, no existen posibilidades de trabajar estas áreas.

Desde esta perspectiva, se realiza una primera crítica al presente modelo en cuanto a la segregación que se realiza entre los internos para ofrecer las opciones de trabajar en la reinserción, pues si el interno no es diagnosticado con un alto riesgo de reincidencia, tendrá únicamente la posibilidad de acceder a los programas relacionados a actividades recreativas y de preparación para el egreso, sin poder trabajar íntegramente en su reinserción social. De esta

manera, el modelo en comento vulnera el derecho a la reinserción social, protegido internacionalmente.

En segundo lugar, una crítica más profunda puede hacerse con relación a la manera en que el sistema concibe atención psicológica en esta materia, que se encuentra reforzada en la etapa de clasificación y segmentación, con el fin de diagnosticar el riesgo de reincidencia, pero luego pasa a un segundo plano en la etapa de intervención propiamente tal. Por un lado, la atención no empieza desde el diagnóstico individual, el que, si bien se realiza, no garantiza un tratamiento adecuado de las posibles problemáticas de salud mental, toda vez que su enfoque es clasificar al condenado en un programa predeterminado, que se focaliza en la conducta delictual.

Aquello no resulta incoherente considerando que se trata de un modelo orientado a la reinserción, por lo que desde luego debe focalizarse en la conducta delictual, sin embargo, este enfoque exclusivo resulta insuficiente en tanto no se considera dentro de ningún programa el enfrentamiento de la persona infractora en relación con la experiencia del encierro.

3. Factores de riesgo para la salud mental en población penitenciaria

A continuación, se estudiarán algunos de los factores de riesgo en los establecimientos penitenciarios que pueden influir en la salud mental de los internos.

3.1. Hacinamiento.

Actualmente, y durante años en el país, los centros penitenciarios se han visto afectados por la alta población que sobrepasa, en la mayoría de los casos, a la capacidad establecida por cada infraestructura. Es así como el hacinamiento se ha vuelto algo constante en las cárceles y centros penitenciarios chilenos, lo cual se demuestra por ejemplo en el año 2017 en el cual el Complejo Penitenciario de Valparaíso presentaba una sobrepoblación de un 42%, como también el Centro de Detención Preventiva de Limache, que presentaba a su vez un 154% de sobrepoblación. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 5). Se debe tomar en consideración que las estadísticas elaboradas por Gendarmería de Chile no dan cuenta de esta realidad, ya que el resultado se estima de un promedio de la sobrepoblación en los recintos a nivel nacional, por lo que, en base a este cálculo, la sobrepoblación no superaría el 1% de la capacidad de dichos establecimientos. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 5)

3.2. Horarios de encierro y desencierro.

Influye también como factor de riesgo los horarios que Gendarmería ha dispuesto para el inicio de encierro de los internos, que tiene como consecuencia que en gran parte de los establecimientos existan alrededor de 14 a 16 horas diarias de encierro, lo cual no es coherente con los objetivos de reinserción social que debe perseguir Gendarmería y los Establecimientos penitenciarios. Un ejemplo de lo antes dicho es el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Copiapó, en el cual el encierro se produce a las 17:30 horas hasta las 08:30 horas del día siguiente (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 6).

3.3. Horarios de alimentación.

Como consecuencia de lo anterior, los horarios de alimentación deben distribuirse entre las 10 y 8 horas que tienen los internos de desencierro, por lo que ha devenido en un horario restringido, que en promedio implica: desayuno a las 08:30 horas, almuerzo a las 12:00 horas y cena a las 16:00 horas, contemplando una sola colación para el periodo de encierro. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 8)

3.4. Celdas de aislamiento.

Retomando un tema ya mencionado, el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios contempla la posibilidad de encerrar a los internos en celdas de aislamiento, hasta por un periodo de 15 días, sin embargo, se constató en 2017 que estas celdas en gran parte de los recintos penitenciarios no disponían de las condiciones básicas de higiene e infraestructura, y que, a pesar de ser un recurso extremo, fue ampliamente utilizado por los distintos establecimientos penitenciarios del país, así fue en el Centro Penitenciario de Rancagua, en que hubo 235 “castigos” de aislamiento por un lapso de tiempo de 24 horas. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 10)

3.5. Comunidad terapéutica para tratamiento de consumo problemático de drogas y alcohol.

Respecto de este punto, se debe señalar que existe una oferta escasa de Comunidades terapéuticas para el consumo de drogas, cuestión que no es menor como factor de riesgo en salud mental, considerando que la población penitenciaria es propensa a dicho comportamiento. Se constató en 2017 que sólo el 23% de los establecimientos contaban con una comunidad terapéutica. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 11)

3.6. Acceso insuficiente al agua.

Asimismo, resulta relevante el hecho de que algunos establecimientos no cuentan con algo tan básico como un flujo constante de agua, como ocurre en el Complejo Penitenciario de Valparaíso, el cual debido a su ubicación cuenta con agua solo de manera esporádica, durante algunas horas. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 11)

3.7. Acceso a las acciones de salud.

La mayoría de los recintos penitenciarios solo cuenta con atención primaria en salud y no un recinto hospitalario, lo que deviene en dificultades a la hora de que los internos padezcan alguna enfermedad grave o accidente, ya que implica concurrir a recintos públicos, lo cual se ve obstaculizado por la carencia de transporte y funcionarios para acceder a dichos recintos. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 12). Además de la insuficiencia que hay de especialistas en salud mental, junto con la escasa atención psicológica que se entrega producto de la falta de personal, la cual va únicamente dirigida a la evaluación del proceso de concesión de beneficios penitenciarios, y no a una atención integral del interno. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 13)

3.8. Oferta de planes de capacitación laboral y acciones educativas.

Como otro factor de riesgo es la referida a la carencia de oferta de capacitación laboral y enseñanza industrial y profesional. Si bien los recintos cumplen con la obligación de mantener escuelas de básica y cursos de enseñanza media, no satisface por completo este ámbito, considerando además que quienes desempeñan una actividad laboral no superan el 20% de la población penitenciaria total (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 13)

3.9. Deficiencias en la infraestructura.

Está de más decir que los establecimientos penitenciarios han demostrado deficiencias infraestructurales, tanto en sus instalaciones eléctricas, de alcantarillado, y agua, que implican un grave riesgo tanto para los internos como los funcionarios, además de no asegurar una calidad de vida mínima para ellos. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 14)

3.10. Deficiente clasificación de los internos.

Por último, se considera también como factor de riesgo, a consecuencia del hacinamiento, la deficiente clasificación de los internos, es decir, la falta de divisiones y segregaciones que obliga a la administración a “mezclar” la población penal, en desmedro de las posibilidades de reinserción. (Fiscalía Judicial Corte Suprema, 2018, pág. 14)

4. Prevalencia de enfermedades mentales en establecimientos penitenciarios en Chile
Ahora bien, teniendo en consideración el contexto en que conviven los internos dentro de un recinto penitenciario, se debe analizar cómo este ha influido en ellos, como factor de riesgo, en lo que respecta a la prevalencia de enfermedades mentales.

Sobre este punto se debe aclarar que es escasa la información que existe sobre la salud mental de la población penitenciaria, ya que, por un lado, Gendarmería no entrega estadísticas actualizadas sobre la salud mental de los reclusos en su página web, y, debido a esto, y al limitado acceso que se obtiene en los recintos penitenciarios con el objeto de realizar un trabajo de investigación, es poca la doctrina que logra obtener datos suficientes para sistematizar dicha información.

Por consiguiente, la estadística de prevalencia de enfermedades mentales en establecimientos penitenciarios no está actualizada ni completa, pero de todas formas debe ser analizada.

Se evidenció en el año 2013, en un estudio realizado a 7 cárceles chilenas “*que, en general, las tasas son más bajas que en otros países de ingresos medios y bajos, siendo los trastornos más frecuentes el consumo de sustancias con un 12,2% y los trastornos por ansiedad y depresión con un 8,3% y 8,1% respectivamente*” (Zabala Baños, 2016, pág. 95) También, que aquellos reclusos que tenían un tiempo de detención menor o igual a 12 meses tenían mayores tasas de padecer cualquier trastorno mental que aquellos con un tiempo de detención mayor a 12 meses, incluyendo tanto el abuso de alcohol como el de drogas ilícitas. (Mundt, y otros, 2013, pág. 3)

En comparación a la población en general, las personas privadas de libertad encuestadas tenían mayores tasas de prevalencia de padecer depresión y abuso de drogas ilícitas. Respecto a las tasas de comorbilidad, hubo mayor frecuencia entre quienes padecían de desórdenes de ansiedad y quienes abusaban de drogas ilícitas. Como también, se detectó un 43.5% de comorbilidad entre depresión y desórdenes de ansiedad. (Mundt, y otros, 2013, pág. 4)

Sin embargo, se vislumbra una limitación a este estudio dado que en primer lugar, se excluyeron de este, por seguridad, a las personas privadas de libertad que presentaban comportamientos violentos o estaban reclusos en celdas de máxima seguridad (Mundt, y otros, 2013, pág. 2), y en segundo lugar, porque las comparaciones hechas respecto de la población en general, fueron basadas en un estudio que ya tenía aproximadamente 8 años más que el realizado en las cárceles, por lo que la prevalencia de enfermedades mentales en la población en general podría haber cambiado durante el tiempo. (Mundt, y otros, 2013, pág. 4)

Fue en 2013 también que se entrevistaron a reclusos del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Concepción, de lo cual se obtuvo que un 45% de los entrevistados presentaban al menos una patología diagnosticada, de las cuales había mayor prevalencia a enfermedades de desórdenes mentales como esquizofrenia y retardo mental. (Osses-Paredes & Riquelme-Pereira, 2013, pág. 101)

Por último, en 2019 se identificó que el 44% de los sujetos analizados sufrió de depresión grave, además de existir un alto riesgo de suicidio de un 47%. (Botero-Ceballos, Arboleda-Amortegui, Gómez-Fernández, García-Cardona, & Agudelo-Suárez, 2019, pág. 24)

Con el objeto de obtener información actualizada sobre la atención en salud mental en los establecimientos penitenciarios de Chile, se requirió por vía del sistema de Transparencia a Gendarmería de Chile información sobre los internos del Complejo Penitenciario de Valparaíso, el día 30 de agosto de 2019. De dicha solicitud se recibió respuesta el día 16 de octubre de 2019, mediante la Carta N°5170/19.²

A modo general, se constató respecto al número de reclusos, que si bien hubo una baja entre los años 2015 a 2016 de 2730 a 2402, en los siguientes años ha ido en aumento dicha cifra, alcanzando para el año 2019 un total de 2757 reclusos.

Respecto de la atención en salud, desde el año 2000 el Complejo Penitenciario cuenta con un Centro de Salud con autorización sanitaria. Indicó que existen 3 médicos generales, mas ningún psiquiatra, no obstante contar con una Unidad Penitenciaria Forense Transitoria

² Carta N°5170/19, Gendarmería de Chile, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Santiago, 2019.

dependiente del Hospital del Salvador de Valparaíso que otorgaría atención en salud mental a los reclusos.

El centro de salud en particular atiende en promedio mensual a 4.219 pacientes privados de libertad, cuyas prestaciones médicas incluyen; médicos, odontólogos, enfermeros, matronas, kinesiólogos, y técnicos paramédicos, de los cuales no se entregó más información.

Sobre la demanda de dicho centro, se mencionó que las enfermedades más tratadas corresponden a las gastrointestinales, las infecciosas respiratorias de la vía alta y las heridas por arma blanca, ya sea auto inferidas o por agresión.

Finalmente, en relación con la tasa de suicidios que presenta dicho centro penitenciario, en los años 2015 y 2016 hubo 9 intentos y un suicidio consumado; en 2017 5 intentos y 0 consumados, y en 2018 y 2019 3 intentos (hasta agosto de 2019) y 1 suicidio consumado. Sobre el suicidio consumado en el año 2019, de acuerdo con la Subdirección Operativa, se trató de una ingesta de ácido realizada al cometer el ilícito por el cual se le ordenó prisión preventiva en el Centro Penitenciario de Valparaíso, donde pereció.

De lo anterior se puede concluir que es necesaria una sistematización de la información para conocer realmente el estado de salud mental y la prevalencia de enfermedades mentales de las personas privadas de libertad; y que no existe iniciativa estatal al respecto a pesar de los informes realizados por Fiscalía Judicial que denotan las carencias y los estándares de vida que deben pasar los reclusos durante su detención.

5. Estándar de salud de las cárceles (actualidad)

Hecho un breve análisis sobre las metas de la salud pública para la población en general, en este acápite, el objetivo es determinar su funcionamiento desde la perspectiva de la población carcelaria.

Como idea preliminar, es necesario recordar que el estándar en materia de salud en la cárcel debe ser de acuerdo a los instrumentos internacionales³ el mismo que existe en el sistema de salud pública que rige a la población en general, pues las prestaciones sanitarias que ofrezca

³ Principio X, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las personas Privadas de Libertad en las Américas establecidos por la OEA

Gendarmería deben actuar en coordinación con los servicios sanitarios públicos que se ofrecen en el exterior del establecimiento.

Lo anterior merece un análisis desde dos perspectivas. En primer lugar, es una consecuencia de la posición especial de garante que ocupa el estado respecto de las personas que se encuentran privadas de libertad, en distintos establecimientos penitenciarios dependientes del estado del que se trate, en este caso Chile. Así lo ha expresado la CIDH: *“Frente a las personas privadas de libertad, el Estado se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna”* (Instituto de Reeducción del Menor contra Paraguay, 2004)

En otras palabras, dado que la persona privada de libertad no tiene mayor opción para satisfacer sus necesidades y ejercer sus derechos fuera de las que se ofrecen al interior del recinto penitenciario, es obligación del estado, como gestor de las prestaciones ofrecidas en el establecimiento, otorgar lo necesario para la satisfacción de estas necesidades y el ejercicio de estos derechos, entre ellos, el derecho a la salud. En este sentido, se espera que las administraciones penitenciarias no sólo sean responsables de prestar atención médica, sino que también cuenten con condiciones que promuevan el bienestar físico y mental tanto de los/as internos/as como del personal. (Coyle, 2009, pág. 47)

En este punto se hace una remisión a lo ya indicado a propósito de los factores de riesgo que existen para la salud mental de la población carcelaria, y se concluye que existiendo esta responsabilidad sobre la salud de las personas internas, que se sigue del ya mencionado artículo 6° del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, no se cuenta con las condiciones propicias para prevenir el desarrollo de enfermedades mentales dentro del recinto, y tampoco con el personal que otorgue psicoterapia en los casos que se requieran, pues según la información recabada los psicólogos que se encuentran en el Complejo Penitenciario de Valparaíso, que es el que ocupa a esta tesina, cumplen funciones de diagnóstico para diversos fines tales como la segmentación de la población carcelaria como el acceso a ciertos beneficios penitenciarios. Sin embargo, no existe la posibilidad de tratar una posible enfermedad mental teniendo como finalidad el bienestar o el ejercicio de un derecho del interno, más allá de la idea de resocializar

o reinsertar al interno en sociedad, finalidad que como ha señalado hace años Rivacoba, no consiste más que en el *propósito de evitar que el delincuente vuelva a delinquir, que recaiga en el delito, que reincida, o sea, en la vieja preocupación preventivo-especial de combatir e impedir la reincidencia.* (Rivacoba y Rivacoba, 1993, pág. 74)

Es decir, en Chile la preocupación por la salud mental del interno, no se asocia a la garantía del derecho a la salud del mismo, sino que, a la reinserción, que como ya ha quedado de manifiesto, no consiste en un derecho del privado de libertad, sino que en una orientación del sistema carcelario, lo que desde luego, es una contravención a ciertos instrumentos internacionales ya referidos.

La segunda perspectiva que merece un análisis en esta materia es la concordancia que puede o no tener en la práctica las prestaciones en materia de salud mental ofrecidas por el estado para la población general en relación a las que ofrece a la población penitenciaria. No es mucho lo que al respecto se ha podido recabar, sin embargo lo que sí está claro es que las enfermedades mentales cubiertas por el plan AUGE son bastante limitadas y se reducen a las siguientes: depresión y trastorno bipolar en mayores de 15 años, esquizofrenia, Alzheimer y otras demencias específicas, y consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años (Ministerio de Salud, s.f.) y los estudios relativos a la eficiencia y alcance de los tratamientos ofrecidos por parte del Servicio Nacional de Salud que se encuentran disponibles se limitan a las prestaciones en materia de depresión y tasa de ideación e intentos de suicidio, los que ya han sido previamente analizados.

Ciertamente, al no existir personal en la cárcel de Valparaíso que se dedique a realizar tratamiento adecuado a las personas que se encuentran con determinadas enfermedades mentales, que pudiesen ser detectadas al momento del diagnóstico inicial que se realiza previo a la segmentación, los internos tienen derecho a recibir un tratamiento y si es necesario que salgan de la unidad penal para recibirlo, debiese en estos casos proveerse lo que corresponda por parte de Gendarmería para este cometido, pues como ha señalado el INDH: *“La escasez de profesionales, sobre todo en unidades penitenciarias del Estado, hace que se deban externalizar todas aquellas prestaciones que la Unidad Penal no es capaz de proveer.”* (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2013, pág. 103)

Sin embargo, no se tiene información respecto de si esto sucede o no en la práctica. No obstante, es menester aclarar que en caso de que ello no ocurriese y la prestación en materia de salud mental sea requerida por algún interno, ello podría eventualmente acarrear la

responsabilidad del estado, pues como ha sostenido la CIDH: “*la falta de atención médica adecuada podría considerarse en sí misma violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención y sus efectos acumulativos*”. (Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela, 2006, pág. 48)

Conclusión.

A partir de la investigación desarrollada, es posible identificar algunas carencias que tiene el actual sistema penitenciario chileno, en materia de las prestaciones que Gendarmería ofrece en salud mental y también en el sistema de salud pública chileno. Estas se observan desde diferentes perspectivas: por un lado, existe una legislación insuficiente, tanto de la normativa penitenciaria como la ausencia de una ley general de salud y, hasta el momento, de salud mental, pues existe un proyecto sobre la materia que aún se encuentra durmiendo en el congreso.

Por otro lado, resulta preocupante la escasez de estadísticas nacionales que den cuenta de la prevalencia de enfermedades mentales en la población chilena en general, la que si es llevada al ámbito penitenciario es prácticamente inexistente. Lo anterior demuestra una despreocupación por parte del estado por proteger los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales, ya que el primer paso para avanzar en esta área es conocer la magnitud del problema a través de los estudios estadísticos que correspondan.

Asimismo, luego de analizar el Plan de Salud Mental vigente, queda de manifiesto que también en términos presupuestarios existe una falencia ya que no hay coherencia entre las metas propuestas por el mencionado Plan y los fondos destinados a estos efectos. A mayor abundamiento, no es posible calcular el presupuesto necesario, ni realizar un Plan de Salud Mental serio, si no se conoce en términos certeros la prevalencia de enfermedades mentales de la población.

Desde la perspectiva de la población penitenciaria en particular el panorama tampoco es óptimo, dado que no se cumple con los estándares internacionales, toda vez que no hay intervención psicosocial terapéutica en función de garantizar el derecho a la salud mental del privado de libertad, lo que se debe a diversos factores, entre ellos la falta de personal especializado, y la carencia de una infraestructura adecuada. Además, los factores de riesgo visualizados para la salud mental de las personas privadas de libertad han sido evidenciados por diferentes estudios como los de la Fiscalía Judicial y también del INDH.

De este modo, pareciera ser que las políticas estatales no han identificado el problema de la protección de la salud mental en la población carcelaria como una prioridad.

Es por esto que se propone en primer lugar, la elaboración de una ley de ejecución penal acorde con los estándares internacionales, de manera que se haga cargo de los actuales factores de riesgo

que se han visualizado en las cárceles chilenas. Luego, es necesario un vasto estudio estadístico acerca de la prevalencia de enfermedades mentales tanto fuera como dentro de las cárceles en Chile, que dé cuenta de las necesidades concretas a las que debe enfrentarse un adecuado plan de salud mental. Enseguida, con esta información resulta posible y urgente la redacción de una ley de salud mental precedida por una ley general de salud, acorde a la realidad que se identifique, de lo que se vislumbra como necesaria una reforma a las instituciones que se encargan de la protección de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales. En concreto, la CONAPPREM requiere independencia del Ministerio de Salud, de manera que pueda ser más eficiente en su labor de ejercer las acciones legales que correspondan al momento de identificar una vulneración de derechos en esta materia.

Por último, resulta fundamental abordar esta problemática desde la política criminal que debe adoptar Chile para enfrentar los problemas de salud mental al interior de sus cárceles. En particular, se sugiere hacerse cargo de los factores de riesgo, como el hacinamiento y de esta forma evitar reformas a la legislación penal que puedan devenir en un aumento en la cantidad de personas privadas de libertad. En este sentido, sería útil a efectos de empezar a suplir las mencionadas falencias, tanto del ordenamiento jurídico en general como del sistema penal chileno, razonar en relación a la tendencia que se ha visto en los últimos años al endurecimiento de las penas y a la creación de nuevos tipos penales que llevan a un incremento de la población penitenciaria considerando las posibles ventajas de orientar la política criminal hacia la protección de la salud mental.

Bibliografía

- Adjuntía para los Derechos Humanos y Personas con Discapacidad: Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios. (2018). *Retos del Sistema Penitenciario Peruano: Un diagnóstico de la realidad carcelaria de las mujeres y varones*. Defensoría del Pueblo, Lima.
- Adjuntía para los Derechos Humanos; Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios. (1999). *Derechos Humanos y Sistema Penitenciario. Supervisión de Derechos Humanos de Personas Privadas de Libertad 1998-1999*. Defensoría del Pueblo.
- Arias, W. L., Canales, F. R., & Torre, N. L. (2016). Características psicopatológicas en los reclusos del Penal de Socabaya de Arequipa (Perú). *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 80-87.
- Bachelet, M. (26 de julio de 2006). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de <http://s.bcn.cl/22xx0>
- Berlinck, M. T. (julio-agosto de 2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. *Salud Mental*, 32(4), 265-267.
- Botero-Ceballos, L. E., Arboleda-Amortegui, G., Gómez-Fernández, A., García-Cardona, M., & Agudelo-Suárez, A. (enero de 2019). Depresión en personas reclusas en centros penitenciarios: revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 21(1), 23-33.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (02 de septiembre de 2004). Caso Instituto de Reeducción del Menor contra Paraguay
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (05 de julio de 2006). Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela
- Coyle, A. (2009). *La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos: Manual para el personal penitenciario* (Segunda ed.). Londres: Centre for Prison Studies.
- Dirección de Presupuestos. (2019). *Dipres*. Obtenido de https://issuu.com/dipreschile/docs/folleto_leyptos2019_dipres/1?ff
- Dirección de Presupuestos. (2020). *Dipres*. Obtenido de https://issuu.com/dipreschile/docs/ley_de_presupuesto_071019_1700/1?ff
- Gendarmería de Chile. (2019). *Carta N°5170/19*. Santiago.
- Del Pino, S., & Ramírez, A. (2018). *Informe Anual Sobre Derechos Humanos en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.

- Hoff, G. v., Looff, J. d., & Latooi, H. (2009). Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 35-41.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2013). *Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos*. Santiago.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017). *Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile*. Santiago.
- López, M., & Margarita Laviana, A. L. (2009). Estigma Social, Violencia y Personas con Trastornos Mentales Graves. *Violencia y Salud Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva*, 187-207.
- López, M., Saavedra, F., López, A., & Laviana, M. (2016). Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(3), 76-85.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.
- Ministerio de Salud, W. H. (2014). *Sistema de Salud Mental de Chile*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Auge*. Obtenido de auge.minsal.cl/problemasdesalud/lep
- Mouzo, K., & Rios, A. (2018). Programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario en el Sistema Penitenciario Federal Argentino. *Cuadernos de Facultad de Humanidades y Cs. Sociales* (53), 13-37.
- Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (Julio de 2013). Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PloSone*, 8(7), 1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de noviembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Osses-Paredes, C., & Riquelme-Pereira, N. (2013). Situación de Salud de reclusos de un Centro. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 98-104.
- Procuración Penitenciaria de la Nación. (2017). *Procuración Penitenciaria de la Nación*. Obtenido de <https://ppn.gov.ar/pdf/ejestematicos/Informe%20sobre%20buenas%20practicas%20en%20Salud%20Mental%20en%20contextos%20de%20encierro.pdf>
- Rivacoba y Rivacoba, M. d. (1993). *Función y aplicación de la pena*. Buenos Aires.

- Zabala Baños, C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidenc*. Madrid: Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica.
- Santos, M. V., Alves, V. H., Pereira, A. V., Rodrigues, D. P., Marchiori, G. R., & Guerra, J. V. (2017). Mental Health of Incarcerated Women in the State of Rio de Janeiro. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2), 1-10.
- Torrey, E. F., Kennard, A. D., Eslinger, D., Lamb, R., & Pavle, J. (2010). *More Mentally Ill Persons are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States*. National Sheriff's Association, Treatment Advocacy Center. Treatment Advocacy Center.