

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



**SIGNIFICACIONES Y CONTROVERSIAS EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD  
PENITENCIARIA: UN ANÁLISIS DESDE LOS ACTORES SOCIALES, SOBRE EL  
EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD, EN DOS CÁRCELES DE LA V REGIÓN  
DE CHILE, 2012-2018.**

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE  
DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

PRESENTA

DAISY DEL ROSARIO ITURRIETA HENRÍQUEZ

DIRECTORA: CAROLINA TETELBOIN HENRION

ASESORA: CAROLINA MORALES BORRERO

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2019

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>EL CAMINO DE LA INVESTIGACIÓN Y LAS PARADAS REALIZADAS PARA SU ABORDAJE</b> .....	10
<b>PRIMERA PARTE: CONSTRUCCIÓN TEÓRICA- METODOLÓGICA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	18
<b>PRIMERA PARADA: ¿QUÉ MATICES DEL CONTEXTO, FAVORECIERON LA FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN?</b> .....	18
1.1.- MOTIVACIONES Y VIVENCIAS DE LA INVESTIGADORA. ....	18
1.2.- LA INSTALACIÓN DEL MODELO NEOLIBERAL Y SUS HUELLAS EN LA CONFIGURACIÓN NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD EN CHILE.....	22
1.3.- CHILE UN PAÍS PRODUCTOR DE DESIGUALDADES SOCIALES Y CON UN SISTEMA DE SALUD FRACCIONADO.....	36
1.4.- TRAYECTORIA DE VIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, SUJETOS SITUADOS EN UN CHILE DESIGUAL.....	43
1.5.- MISIÓN DE GENDARMERÍA DE CHILE: INSTITUCIÓN QUE ALBERGA A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN CHILE.....	47
1.6.- DEL ESTADO DE SALUD AL PROCESO DE ENFERMAR: LA VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS.....	51
<b>SEGUNDA PARADA: EL PROBLEMA, LOS OBJETIVOS DE CONOCIMIENTO Y LAS PREMISAS INICIALES QUE DETERMINARON EL CAMINO A RECORRER.</b> .....	60
2.1.- EL PROBLEMA Y LA PERSPECTIVA TEÓRICA METODOLÓGICA PARA SU ABORDAJE.....	60
2.2.- OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS .....	65
<i>OBJETIVO GENERAL</i> .....	65
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> .....	65
<b>TERCERA PARADA: ¿DESDE QUÉ POSTULADOS TEÓRICOS VAMOS A IR MIRANDO LA CONFIGURACIÓN DEL PROBLEMA Y LOS HALLAZGOS EN EL CAMINO RECORRIDO?</b> .....	66
3.1.- POSTULADO N°1: EL MATERIALISMO HISTÓRICO COMO ENFOQUE TEÓRICO Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL COMO CATEGORÍA DE ANÁLISIS DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS.....	66
3.1.1.- <i>DIMENSIÓN POLÍTICA DEL CONTEXTO CARCELARIO</i> .....	69
3.1.2.- <i>DIMENSIÓN ECONÓMICA DEL CONTEXTO CARCELARIO</i> .....	73
3.1.3.- <i>DIMENSIÓN IDEOLÓGICA- CULTURAL DEL CONTEXTO CARCELARIO</i> .....	78
3.2.- POSTULADO N°2: POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN LAS CÁRCELES DE CHILE: UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS NARRATIVO DESDE LA RELACIÓN ESTADO Y SOCIEDAD, LAS INSTITUCIONES Y LOS ACTORES SOCIALES PRESENTES.....	85

3.2.1.- LA DÍADA ESTADO- SOCIEDAD COMO SOPORTE ESTRUCTURAL EN LA DEFINICIÓN DE LA POLÍTICAS PÚBLICAS EN CHILE.....	85
3.2.2.- POLÍTICA PÚBLICA: EL ROL DE LAS INSTITUCIONES Y DE LOS ACTORES VINCULANTES A LA SALUD EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS DE CHILE.....	97
3.2.3.- ANÁLISIS NARRATIVO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PUNTO DE ENCUENTRO DE LAS SIGNIFICACIONES Y CONTROVERSIAS.....	108
3.3.- POSTULADO Nº3: EL DERECHO A LA SALUD Y LOS TÓPICOS RECONOCIDOS DESDE LOS MARCOS JURÍDICOS INTERNACIONALES PARA SU EJERCICIO.....	112
3.3.1.- CONCEPTO DE DERECHOS HUMANOS.....	112
3.3.2.- INSTAURACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL DERECHO INTERNACIONAL.....	113
3.3.3.- LAS OBLIGACIONES GENERALES EN EL DERECHO DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	117
3.3.4.- EL DERECHO A LA SALUD EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	122
3.3.5.- RECEPCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONSTITUCIONALISMO CHILENO.....	150
<b>CUARTA PARADA: LA RUTA Y EL TRANSPORTE ELEGIDO PARA DAR RESPUESTA A LO DESCONOCIDO.....</b>	<b>154</b>
4.1.- LO CUALITATIVO COMO LA RUTA ELEGIDA.....	154
4.2.- EL DISEÑO NARRATIVO COMO UN ES LABÓN PARA TEJER VINCULOS EN EL RECORRIDO.....	156
4.3.- EN ANÁLIS DE DOCUMENTOS, LA ENTREVISTA Y LOS CÍRCULOS DE REFLEXIÓN COMO PUENTES EN EL CAMINO.....	158
4.4.- EL CONTEXTO DE ESTUDIO Y LOS SUJETOS PARTICIPANTES.....	163
4.5.- PLAN DE ANÁLISIS.....	166
4.6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	170
4.6.1.- VINCULACIÓN PREVIA A LA ENTRADA AL CAMPO.....	170
4.6.2.- MÉTODOS DE INVITACIÓN.....	171
4.6.3.- CONSIDERACIONES PRESENTES EN LOS PRINCIPIOS ÉTICOS.....	172
4.7.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	174
<b>SEGUNDA PARTE: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>176</b>
<b>QUINTA PARADA: DOCUMENTACIÓN DEL MARCO JURÍDICO- NORMATIVO NACIONAL DISPUESTO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA CÁRCELES DE CHILE.....</b>	<b>177</b>
5.1.1.-CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE CHILE.....	178
5.1.2.-DECRETO CON FUERZA DE LEY Nº1 DE 2005.....	186
5.1.3.- LA LEY ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE JUSTICIA.....	191
5.1.4.- LEY ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE GENDARMERÍA DE CHILE.....	198
5.1.5.- CÓDIGO SANITARIO.....	199
5.1.6.-CÓDIGO CIVIL.....	204
5.1.7.-CÓDIGO DE PROCESAL PENAL.....	205
5.1.8.- REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS.....	205

5.1.9.- REGLAMENTO PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD. ....	214
5.1.10.- RESOLUCIÓN EXENTA N°860: FORMALIZACIÓN DE LA.....	215
<b>SEXTA PARADA: CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD EN EL CONTEXTO CARCELARIO DESDE LA NARRATIVA DE LOS ACTORES A NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL. ....</b>	<b>221</b>
6.1.- RELACIÓN ESTADO Y SOCIEDAD Y SU TRAZABILIDAD EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD. ....	222
6.2.- ENFOQUE DE LA POLÍTICA DE SALUD EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS ...	228
6.3.- INSTRUMENTOS DISPONIBLES PARA EL HACER, RECONOCIDOS POR LOS ACTORES. ....	232
6.4.- ROL/FUNCIONES DE LOS ACTORES VINCULADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA.....	241
6.5.-PRESUPUESTO DISPONIBLE.....	247
6.6.-INSTITUCIONALIDAD VINCULANTE.....	250
6.7.- CONVENIOS VISIBILIZADOS POR LOS ACTORES.....	253
6.8.- PRÁCTICAS Y ACCIONES SANITARIAS RECONOCIDAS POR LOS ACTORES POLÍTICOS Y OPERATIVOS.....	261
<b>SÉPTIMA PARADA: SIGNIFICACIONES DE LOS ACTORES POLÍTICOS, OPERATIVOS Y LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, RESPECTO A LA CÁRCEL, LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD Y LA POSIBILIDAD DE EJERCER EL DERECHO A LA SALUD EN EL CONTEXTO CARCELARIO. ....</b>	<b>264</b>
7.1.- SIGNIFICACIÓN DE LA CÁRCEL COMO INSTITUCIÓN PÚBLICA.....	264
7.2.- SIGNIFICACIÓN DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD.....	275
7.3.- SIGNIFICACIÓN DE LA SALUD PENITENCIARIA.....	288
7.4.- SIGNIFICACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD POR PARTE DE LOS ACTORES POLITICOS, OPERATIVOS Y PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD.....	295
7.5.- EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO .....	310
<b>OCTAVA PARADA: PROYECCIONES Y SUGERENCIAS DESDE LAS NARRATIVAS, DE LOS ACTORES SOCIALES A NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL.....</b>	<b>315</b>
<b>NOVENA PARADA: CONTROVERSIAS IDENTIFICADAS EN VINCULACIÓN CON LOS PRINCIPALES HALLAZGOS PRESENTADOS.....</b>	<b>324</b>
<b>DÉCIMA PARADA: CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES Y DESAFÍOS A CONSIDERAR EN UNA PRÓXIMA PARTIDA. ....</b>	<b>336</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>357</b>
ANEXO N°1: MATRIZ TIPO-ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.....	357
ANEXO N°2.- PAUTA DE ENTREVISTA ACTORES POLÍTICOS.....	365
ANEXO N°3: PAUTA DE ENTREVISTA ACTORES OPERATIVOS.....	369
ANEXO N°4: BITÁCORA “CÍRCULOS DE REFLEXIÓN SOBRE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL” .....	373

ANEXO N°5: RESOLUCIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR REGIONAL DE GENDARMERÍA AUTORIZANDO LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO EN LA CÁRCEL DE SAN FELIPE, LOS ANDES Y EL COMPLEJO DE VALPARAÍSO.....	374
ANEXO N°6: CARTA TIPO DE INVITACIÓN ACTORES POLÍTICOS Y OPERATIVOS.....	375
ANEXO N°7: CARTA TIPO DE INVITACIÓN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD .....	377
ANEXO N°8: APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA. CHILE. V REGIÓN. ....	378
ANEXO N°9: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO..	379

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: PROMEDIO, MÍNIMO Y MÁXIMO DEL INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR POR DECIL DEL INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR 2017.	38
TABLA N°2: POBLACIÓN RECLUIDA EN CHILE Y TASA CADA 100 MIL HABITANTES 1991-2017.	77
TABLA N°3: PRESUPUESTO ASIGNADO AL DEPARTAMENTO DE SALUD.2018	248
TABLA N°4: RECURSO HUMANO DEL ÁREA DE SALUD. GENDARMERÍA DE CHILE.2018	252

## ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN N°1: PERSPECTIVA TEÓRICA PARA EL ANÁLISIS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	62
IMAGEN N°2: PERSPECTIVA METODOLÓGICA PARA EL ANÁLISIS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	63
IMAGEN N°3: CÍRCULOS DE REFLEXIÓN CON 15 MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD, SOBRE LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL. CÁRCEL DE SAN FELIPE. ENERO 2018.	163
IMAGEN N°4: CÍRCULOS DE REFLEXIÓN CON 15 HOMBRES PRIVADOS DE LIBERTAD, SOBRE LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL. CÁRCEL DE SAN FELIPE. ENERO 2018.	163
IMAGEN N°5: EJEMPLIFICACIÓN DEL DISEÑO DE LA BITÁCORA PERSONAL.	373

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1: OBJETIVOS, CONDUCTAS Y CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES.	.....119
CUADRO N°2: INSTITUCIONES VINCULANTES AL ESTUDIO Y ACTORES ENTREVISTADOS	.....165
CUADRO N°3: CATEGORÍAS APRIORÍSTICAS Y EMERGENTES DESARROLLADAS EN EL PLAN DE ANÁLISIS.	.....169
CUADRO N°4: CONVENIOS DE COLABORACIÓN CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR. 2018.	.....254
CUADRO N°5: PROYECCIONES Y SUGERENCIAS A LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS, DESDE LA VOZ DE LOS ACTORES SOCIALES A NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL.	.....315
CUADRO N°6: SUEÑOS Y PROYECCIONES PROPUESTOS DE MANERA COLECTIVA, PARA EL DESARROLLO DEL BUEN VIVIR EN EL CONTEXTO CARCELARIO.	.....321

## RESUMEN

La Salud Colectiva, propone que todos los seres humanos tienen derecho al buen vivir, a una vida digna y a ejercer el Derecho a la Salud de manera plena. En el contexto carcelario de Chile, las condiciones de vida y salud violentan esta aspiración, por lo que es necesario problematizar, desde las políticas públicas, el entramado que cruza la salud como construcción social y como uno de los factores cruciales para abordar la reinserción de las personas privadas de libertad, en una sociedad, con altos niveles de desigualdad, como la chilena. El objetivo general, es analizar las significaciones y controversias sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, en la formulación e implementación de la política pública de salud, en los contextos carcelarios de Chile. El abordaje metodológico fue cualitativo, utilizando el diseño narrativo para el análisis de los distintos campos de la política pública. Participaron actores políticos, operativos y personas privadas de libertad, vinculantes al desarrollo de la Política de Salud a nivel nacional, regional y local. Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron: el análisis de documentos públicos, entrevistas semiestructuradas y círculos de reflexión grupal, para luego dar curso a un análisis de contenido. En cuanto a los resultados, se puede mencionar que no se observa la existencia de controversias a nivel normativo entre el sistema jurídico internacional y el nacional; lo que sí existe es una disociación entre lo dispuesto en las normas y la realidad. Los actores narran que el Estado chileno ha ejercido un papel distante, en materia de salud penitenciaria, por lo que la cárcel, la persona privada de libertad y el derecho a la salud se significan de manera ambigua en el hacer de las instituciones y el sentir de los actores sociales. En conclusión, se reconoce la vulneración del derecho a la salud a las personas privadas de libertad, justificando que el modelo económico-político neoliberal, demarca una sociedad de mercado, con fracturas en la concepción de derecho y garantía, generando controversias en la definición, inversión, priorización y resultados de las políticas públicas de salud penitenciaria, debido a la escasa regulación, por parte del Estado chileno. **Palabras claves:** Derecho a la Salud, Salud Penitenciaria, Análisis Narrativo de Política Pública.

## ABSTRACT

Collective Health, proposes that all human beings have the right to a good life, to a dignified life and to exercise the Right to Health fully. In the prison context of Chile, life and health conditions violate this aspiration, so it is necessary to problematize from public policies the framework that crosses health as a social construction and as one of the crucial factors to tackle the reintegration of people without freedom, in a society with high levels of inequality such as Chile.

The general objective is to analyze the meanings and controversies about the exercise of the Right to Health, in the formulation and implementation of public health policy, in the prison contexts of Chile. The methodological approach was qualitative, using the narrative design for the analysis of the different fields of public policy. Political, operational and freedom-bound actors involved in the development of the Health Policy at the national, regional and local levels participated.

The information collection techniques used were: the analysis of public documents, semi-structured interviews and group reflection circles, in order to proceed to a content analysis. Related to the results, it can be mentioned that the existence of controversies at the regulatory level between the international and national legal system is not observed, what does exist is a dissociation between the provisions in the norms and reality. The actors narrate that the Chilean State has exerted a distant role in prison health matters, so that jail, the person who has no liberty and the right to health are ambiguous in the institutions and the feeling of the social actors making.

In conclusion, the violation of the right to health to persons who has no liberty is recognized, justifying that the neo-liberal economic-political model demarcates a market society, with fractures in the conception of law and guarantee, generating controversies in the definition, investment, prioritization and results of public prison health policies, due to the fact of poor regulation by the Chilean State.

**Key words:** Right of health, prison health, narrative analysis of public policy



## AGRADECIMIENTOS



*A quienes coincidimos en este camino, a quienes me acompañaron en los aciertos y tropiezos, a esos pies descalzos, bocas sin alimentos y a esas manos sin herramientas...a todos ustedes, muchas gracias por ser parte de este recorrido, el que hoy culmina con grandes desafíos.*

*Daisy del Rosario Iturrieta Henríquez.*

## EL CAMINO DE LA INVESTIGACIÓN Y LAS PARADAS REALIZADAS PARA SU ABORDAJE.

*“Espero que mi escrito traspase fronteras, que alguien lo lea y lo valore y que sin tener voz allá afuera, alguien me escuche y me responda”  
(Mujer, Boliviana, participante de los círculos de reflexión sobre el Derecho a la Salud)*

La sociedad humana es un espacio de construcción de mundo, pues en ella confluyen condiciones objetivas e interpretaciones de la vida cotidiana, así como también se colocan, en diálogo contradicciones y consensos. Aplicado a la salud, podemos sostener que ésta es un hecho constituido por la biología, pero domesticado por las condiciones sociales y culturales, a la vez que es un acto de formación y reformulación continua, el cual se constituye en una estructura de comportamiento social que tiene su trazabilidad en la individualidad de los sujetos. La salud es definida como un *“objeto construido y transformado cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana”* (Casallas Murillo, Enf. MSc., 2017), que está vinculado al anclaje material y territorial que tienen los seres sociales y, por ende, al modelo de sociedad en el cual se desenvuelven.

En el análisis de la vinculación entre salud y sociedad, la salud se ubica como *“un campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas”* (Casallas Murillo, Enf. MSc., 2017), por lo que su significación está trazada por contextos políticos, económicos e ideológicos-culturales que acompañan la historia de una sociedad y que, por ende, determinan la concepción de vida (digna o no), del buen o mal vivir, de la persona como sujeto sometido o de derecho y del respeto a la existencia de diversas formas de prácticas en salud, además de la hegemónica que se origina por parte de los distintos actores sociales.

La presente investigación sustenta su indagación desde el enfoque de la Salud Colectiva, corriente de pensamiento socio-histórica que permite comprender los fenómenos de salud-enfermedad-atención y la respuesta social hacia estos, desde una perspectiva transdisciplinaria compleja, teniendo como base el materialismo histórico.

Desde esta perspectiva, se entiende la determinación como el sometimiento que genera el orden estructural, desde las esferas económicas, políticas e ideológicas-culturales, sobre el quehacer en salud, y al mismo tiempo, las prácticas de resistencia que genera la misma sociedad sobre este orden impuesto. Lo anterior, nos ofrece una mirada distinta a la hegemónica sobre cómo pensar y actuar frente a las problemáticas sociales y sanitarias a través de la acción de las distintas formas de organización, como lo son: los partidos políticos, los sindicatos, los movimientos sociales, siendo ellos un motor de la gestación de las transformaciones sociales de las condiciones de vida y el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, más allá de la enfermedad y la concepción biomédica.

Asumiendo esta perspectiva como anclaje de la investigación, la doctorante se dispuso en una vereda distinta a la hegemónica, en un escenario transdisciplinario, asumiendo la innovación teórica y metodológica desde una actitud transformadora, resguardando los principios éticos y valorando su propio rol y el de los sujetos participantes del estudio.

El proceso investigativo que en este documento se presenta, reconoce como problema de la realidad, que las condiciones de vida y salud, a las que se ven expuestas las personas privadas de libertad dentro de las cárceles de Chile, vulnera el Derecho a la Salud y a la vida digna, por lo que la investigadora, desde un rol activo, focaliza su indagación y reflexión en un problema de conocimiento que le permite cuestionar el rol que ha asumido el Estado Chileno en su carácter actual y, a través de la política pública, en el ejercicio del Derecho a la Salud en los contextos

carcelarios, en una sociedad de mercado, como la chilena, en donde el modelo neoliberal traza la historia de la desigualdad y las brechas para su restitución.

De esta manera, el proceso investigativo comienza una ruta de indagación, deteniéndose en distintos momentos, retrocediendo en otros y dando lugar a un camino permeado por una interrelación entre los principios ontológicos, epistemológicos y metodológicos que dan vida a este recorrido. La comunicación escrita de la investigación presenta diez paradas, las que se señalan a continuación:

La **primera parada**, da cuenta de los matices del contexto del problema que se dispuso a mirar la investigadora iniciando el camino, preguntándose: ¿Qué aspectos determinan las condiciones de vida de las personas privadas de libertad en los contextos de encierro? Un primer eslabón para su respuesta, está vinculado a la vivencia exploratoria, realizada por parte de la investigadora y que, en este momento inicial, se hizo necesario remirar.

En segundo lugar, se articuló una descripción socio histórica del neoliberalismo como marco rector de las condiciones sociopolíticas y económicas de Chile, y de la disposición que se ha tenido del Derecho a la Salud en las constituciones políticas del país, lo que determina, sin lugar a dudas su ejercicio por parte de la sociedad chilena y, en particular, por parte de las personas privadas de libertad.

En tercer lugar, y en vinculación con lo anterior, se caracteriza a Chile como un país productor de desigualdades, lo que al mismo tiempo se logra evidenciar en las rutas de vida de las personas privadas de libertad, quienes aparecen como sujetos situados en un Chile desigual. Y, finalmente, se hace referencia a los alcances que configuran la complejidad del estado de salud y de enfermar en los contextos de encierro, lo que da cuenta de las vulneraciones de derechos que el Estado chileno ha permitido.

En este sentido, la delimitación del objeto de estudio pasó por dos momentos: la problematización, desde una mirada crítica, y la construcción de una perspectiva propia, tanto de los postulados teóricos que construyen una mirada abstracta sobre el problema, como de la formulación metodológica que permite la comprensión de las características del fenómeno.

Lo anterior permitió avanzar y llegar a una **segunda parada**, la que da cuenta del problema, los objetivos de conocimiento y las premisas iniciales que determinaron el camino a recorrer. En ella, se construyó el problema de conocimiento, dando lugar a la comprensión de los aspectos centrales a abordar en este problema particular de la realidad sanitaria y social de Chile.

Desde el marco de análisis que ofrece la Salud Colectiva, el problema consideró como determinante fundamental el rol que asume el Estado chileno en el ejercicio del derecho a la salud que vivencia la población general y, en particular, las personas privadas de libertad.

Se ubicó como eje neurálgico del estudio, las significaciones y controversias presentes en la formulación e implementación de la Política Pública de Salud Penitenciaria, en donde, confluye el hacer de las instituciones vinculantes con la política y la participación de los distintos actores sociales comprometidos como fuente de conocimiento. Desde este recorte de la realidad, la investigación se centra en responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, narradas por los actores institucionales y las personas privadas de libertad, en dos cárceles públicas de la V Región de Chile, en el período 2012-2018?

Y para dar respuesta a dicha interrogante se ha dispuesto de un cuerpo de preguntas que dan sentido a la construcción de los objetivos específicos del estudio, las que se

circunscriben a responder lo siguiente: (a) ¿Cuáles son los marcos jurídicos y normativos institucionales que direccionan la política pública en materia de Salud Penitenciaria en Chile?, (b) ¿De qué manera se caracteriza la implementación institucional de la política pública de salud, en los contextos carcelarios desde las narrativas de los actores a nivel nacional, regional y local? y (c) ¿Cuáles son las significaciones que tienen los actores políticos, operativos y las personas privadas de libertad respecto al ejercicio del derecho a la salud en los contextos carcelarios?.

Con estas interrogantes se avanza a la **tercera parada**, en la que se configuran los postulados teóricos que sustentan el problema y, posibilitan la comprensión y el análisis de los hallazgos en el camino recorrido. Se construyó un cuerpo de relaciones teóricas que permiten posicionar el objeto de estudio en su complejidad y alcance interdisciplinario. El *primer postulado*, ubica el Materialismo Histórico como enfoque y la Determinación Social, como categoría para la construcción del análisis del proceso salud-enfermedad-atención en los contextos carcelarios, desde una dimensión política, económica e ideológica- cultural. El *segundo postulado*, aborda los elementos teóricos para la comprensión de la política pública de salud en las cárceles de Chile, desde un análisis interpretativo de la díada Estado- Sociedad, el rol de las instituciones y de los actores sociales vinculantes, colocando las narrativas como unidad de análisis textual para la comprensión de las significaciones y prácticas asociadas. Finalmente, en el *tercer postulado*, se incursiona en el contenido actual que tiene el derecho a la salud y los tópicos reconocidos desde los marcos jurídicos internacionales para su ejercicio.

Lo anterior dio lugar a una **cuarta parada**, en donde se explicita la ruta metodológica asumida por la investigación. Ésta se desarrolló desde el enfoque cualitativo propiciando un diseño flexible, reflexivo y profundo en su indagación, capaz de recuperar la narrativa de los discursos y acompañado de principios éticos, desde la esencia del objeto de estudio.

Las técnicas de recolección de información que sustentaron la metodología propuesta fueron: (a) el análisis de documentos públicos y oficiales, de carácter jurídico y normativo que encuadran la política pública de salud en los contextos carcelarios de Chile. (b) Un cuerpo de entrevistas semiestructuradas, realizadas a un grupo de catorce actores, entre ellos políticos y operativos vinculantes a las instituciones que implementan la política de salud en los contextos de encierro, (c) un ciclo de talleres grupales denominado “Círculos de reflexión sobre la Salud como Derecho Humano Fundamental”, realizado con quince hombres residentes de la cárcel de San Felipe y quince mujeres de la cárcel de Los Andes, ambas cárceles públicas y ubicadas, territorialmente, en la V Región de Chile. El ciclo fue desarrollado en tres sesiones con cada grupo, durante una semana y acompañado de una bitácora personal por parte de cada participante.

La metodología dispuesta propició la participación social, tanto de las personas privadas de libertad, como de los actores políticos y operativos. En el caso de los primeros, acceder a sus discursos permite sentar bases para la construcción de políticas públicas pertinentes a sus necesidades y anhelos. Y en el caso de los segundos, fue posible develar la responsabilidad social que asumían en su praxis, así, como también la reproducción o generación de acciones emancipadoras para los contextos carcelarios.

En esta parada, además, se da cuenta de los lineamientos que acompañaron el plan de análisis de la información recolectada, siendo el análisis de contenido, el primer peldaño, en la búsqueda de sentido de las distintas narrativas, colocando en diálogo, un cuerpo de categorías apriorísticas y emergentes que se suscitaron a la luz de los hallazgos.

Finalmente, la investigadora da cuenta de las consideraciones éticas presentes desde el diseño del estudio, narrando aquellos aspectos que se consideraron en la vinculación previa a la entrada al campo y los métodos de invitación utilizados.

Lo anterior, permitió avanzar desde un estudio declarativo y descriptivo de las prácticas de los actores en relación a las problemáticas y necesidades de salud en las cárceles, hacia un estudio explicativo, donde las narrativas de los sujetos sociales, insertos en el contexto de estudio, fueron contextualizadas socio-históricamente.

De esta manera el recorrido llega a la **quinta parada**, en la cual se comienzan a presentar los principales resultados del estudio. En esta parada, se da cuenta de la documentación de los marcos jurídicos- normativos nacionales dispuestos para el ejercicio del Derecho a la Salud, presentes en la formulación de la política pública de salud, a nivel a nivel nacional.

En la **sexta parada**, se caracteriza la implementación de la política de salud en el contexto carcelario, desde la narrativa de los actores políticos a nivel nacional y, desde los actores operativos, a nivel regional y local.

Luego, en la **séptima parada**, se da lugar a la interpretación de las significaciones de los actores políticos, operativos y personas privadas de libertad, respecto a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad como sujeto de derecho y la posibilidad de ejercer el derecho a la salud en el contexto carcelario.

Seguido de ello, nos detenemos en la **octava parada**, en la cual se colocan en diálogo las proyecciones y sugerencias desde la narrativa de los distintos actores sociales, lo que permite colocar en valor la posibilidad de acciones emancipadoras en el campo de salud, así como, también, mejoras en la implementación de la política.

De esta manera, vamos llegando al final del camino, en donde se ubica la **novena parada**, y, es el momento donde se da lugar al análisis de los hallazgos presentados anteriormente, con el fin de dar cuenta de las controversias identificadas, entendidas estas, como el desacople encontrado entre lo dispuesto en los marcos normativos-



jurídicos, las narrativas dispuestas para la comprensión de la implementación y las significaciones de las categorías centrales de estudio.

Finalmente, llegamos a la **décima parada**, en donde se da cuenta de los aprendizajes de este viaje, recomendaciones y desafíos a considerar en una próxima partida. En esta parada, es posible retomar el recorrido teórico- metodológico sobre la mirada socio-histórica de la salud penitenciaria, ubicada como un problema vinculante a la disposición ético- política de la salud como bien público, lo que da lugar a la construcción de una mejor salud y calidad de vida de las personas privadas de libertad.

Por lo anterior, la invitación de esta tesis, es a ubicarse en el recorrido, acompañar el proceso y dialogar sobre los nuevos hallazgos, con el fin de articular una mirada colectiva, sobre los desafíos que nos deja la investigación en el marco de la defensa del ejercicio del derecho a la salud en un contexto particular, como son los recintos carcelarios.

## **PRIMERA PARTE: CONSTRUCCIÓN TEÓRICA- METODOLÓGICA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **PRIMERA PARADA: ¿QUÉ MATICES DEL CONTEXTO, FAVORECIERON LA FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN?**

#### **1.1.- MOTIVACIONES Y VIVENCIAS DE LA INVESTIGADORA.**

*“...el olor a cana se comienza a sentir, espacios oscuros, pasillos fríos, diversos rostros entre rejas asoman su mirada, varios cuerpos caminan a paso lento, otros con mayor rapidez... comienzo a sentir una fragilidad en el cuerpo, creo que comencé a cargar la mochila de la responsabilidad ética-política de la cual no será fácil despojarme...”*  
*(Bitácora de la Investigadora, Chile, 2015)*

El camino que recorreremos en esta tesis tiene una historia previa, la que es gatillante en el proceso de construcción del problema. Las motivaciones profesionales y vivencia etnográfica acumulada por parte de la investigadora, suscitaron una sensibilidad y posicionamiento ético frente al problema de conocimiento que en esta tesis se presenta.

La investigadora desde los inicios de su desarrollo profesional como socióloga y académica, participó en el desarrollo de un proyecto de vinculación universitaria titulado “Más cerca de mi hijo” en una cárcel de la V Región de Chile en el año 2010. El objetivo de dicho proyecto guardaba relación con fortalecer el vínculo paterno desde el contexto carcelario, dirigiéndose a un colectivo de hombres privados de libertad, padres de niños y niñas menores de 6 años. Desde el relato

de la profesional, se puede evidenciar que fue un proyecto que determinó el camino investigativo a encausar:

*“al inicio del proyecto me invadían mis propios temores, pues la experiencia de entrar a una cárcel siempre trae una cuota de incertidumbre frente al entorno y a las personas que allí cohabitan... sin embargo, la primera sesión realizada por los padres estuvo llena de colores, brillo en los ojos de los niños y niñas que les visitaron, abrazos apretados, sonrisas y lágrimas al momento de la despedida...varios de los niños y niñas retornaban a sus hogares, pero otros retornaban a un hogar del Servicio Nacional de Menores (SENAME), pues ambos padres estaban presos y bueno, a su corta edad los barrotos, ya eran parte de su cotidiano”. (Bitácora de la Investigadora, Chile, 2011)*

*“Ese día demarcó el inicio de un camino, de una motivación distinta en el quehacer profesional y de una preocupación que pocas personas comprendían y que hasta el día de hoy es cuestionada, teniendo muchas veces que responder a preguntas vinculadas con la dignidad humana y la posición ética política adoptada frente a los problemas sociales”. (Bitácora de la Investigadora, Chile, 2012)*

En este andar, la profesional se aventuró en una primera investigación vinculada a su tesis de Magister en Salud Pública en el año 2014, titulada “La atención de Salud en los centros de cumplimiento penitenciario. Un desafío pendiente para la Salud Pública en las Provincias de San Felipe y los Andes”. El objetivo era analizar las valoraciones y las condiciones para la atención de salud y enfermedad, relatadas por mujeres y hombres privados de libertad, profesionales y funcionarios de dos Centros de Cumplimiento Penitenciarios de la Quinta Región de Chile. En esa ocasión, vivenció una aproximación a la vida cotidiana de dicho contexto, en donde se hacía imprescindible despojarse de prejuicios y sacarse las

sandalias, con el fin de colocar a disposición del proceso todos los sentidos para la comprensión de la cotidianeidad, que allí se hacía presente y que hoy, se hace necesario recordar, a través de la siguiente narrativa:

“En la medida que uno se acerca a la puerta de ingreso de una cárcel, visualizamos algunas particularidades de ese espacio. Mujeres, niños, niñas y algunos adultos mayores esperan en las afueras, con bastantes bolsas con alimentos, otros con bolsos con ropas, algunos escriben en pequeñas hojas, otros susurran una sensación de cansancio, todos ellos esperan poder enviar sus encomiendas. Me siento observada, pues, en el ingreso, ya se cuenta con una garita de seguridad, en altura, con un gendarme a cargo. Para entrar, se debe golpear muchas veces, pese a que en los letreros de afuera dice “No insista, espere su turno”, y aun separado el exterior por una puerta de lata, se escucha el movimiento de gendarmes, indicaciones en voz alta, risas y garabatos. Las personas que esperan afuera me señalan ¡si usted es visita no le van a abrir!, ¡si es abogada mejor llame por teléfono! Y, bueno mi gran pregunta era ¿y con los investigadores qué sucede?... guardé silencio y seguí golpeando y cuando logré que abrieran una ventana pequeña, sin saludo, te dicen con voz fuerte ¿qué necesita?, respondo, tímidamente, vengo a una entrevista por una investigación con el Cabo xxx... y el gendarme comienza a informar por radio, abre la puerta y con voz fuerte señala “¡llaves, celular, artículos de valor, carnet de identidad...acá!”. En unos casilleros pequeños dispongo todas mis pertenencias, posterior a ello, sale el Cabo..., quien un poco más amable me invita a conocer la cárcel, llegamos a un hall de entrada, espacio amplio, iluminado, los gendarmes nos observan detenidamente, algunos se aproximan con la intención de iniciar un diálogo, se escuchan risas, pero, al mismo tiempo, gritos por

parte de los internos. Todos observan y dirigen su mirada hacia el punto de inflexión donde me ubiqué, algunos sonríen y otros intimidan con sus palabras, miradas y acciones. Por alto parlante se nombran personas, existe una puerta por donde salen e ingresan internos, a todos al salir les colocan esposas de seguridad.

Aparecen en ese espacio jóvenes y otros hombres, más adultos, vestidos de civil, primer acercamiento amable con sonrisa y brillo en los ojos expresan su saludo ¡Buenos días señorita!, “son los mozos” dice el gendarme... “internos de buena conducta que postulan y se ganan el estar acá con nosotros, nos ayudan, hacen el aseo... pero para los malos son los giles, porque le lustran las botas al capitán”. Después de ello, el gendarme que me acompaña comienza a dar instrucciones, se comienzan a destrabar candados y abrir puertas, y comenzamos el recorrido... el olor a cana se comienza a sentir, espacios oscuros, pasillos fríos, diversos rostros entre rejas asoman su mirada, varios cuerpos caminan a paso lento, otros con mayor rapidez, gran parte de ellos, fuman cigarrillo, algunos con su mate, algunos gatos aparecen en el camino, ropas colgadas en las ventanas, goteras y filtraciones de aguas en algunas celdas, baños turcos en algunos dormitorios, desde la altura se visualiza un patio con muchas personas y, en general, resuena un murmullo violento, distinto al del hall de entrada, palabras desconocidas, cantos religiosos, voces fuertes que a momentos amedrentan, ollas grandes con comida y a la cual no todos acceden... comienzo a sentir una fragilidad en el cuerpo, creo que comencé a cargar la mochila de la responsabilidad ética- política de la cual no será fácil despojarme...” (Bitácora de la Investigadora, Chile, 2015)

Comienza así el vínculo de la investigadora con el sub mundo de la cárcel, el que es muy similar a las escenas de pobreza invisibilizadas en el cotidiano nacional de Chile y que están a cuerdas de los recintos penales. Claramente, el estar allí, observarlas y reflexionar sobre ello, es determinante para que la investigadora se posicione en la vereda de la dignidad humana, de la igualdad social, la libertad de expresión, el derecho a la oportunidad; y desde aquí haga hincapié en el ejercicio del Derecho a la Salud, reconociendo la condición de persona de cualquier ser humano.

## 1.2.- LA INSTALACIÓN DEL MODELO NEOLIBERAL Y SUS HUELLAS EN LA CONFIGURACIÓN NORMATIVA DEL DERECHO A LA SALUD EN CHILE.

El neoliberalismo tiene como objetivo refundar el paradigma liberal clásico de los siglos XVIII y XIX. Defiende a ultranza que el mercado liberal ofrece las mejores condiciones para el intercambio de los recursos económicos, en oposición a quienes sostienen que el Estado debiera interferir con mayor presencia en el mercado. Los defensores del neoliberalismo sostienen que el Estado es ineficiente, por lo tanto, su presencia se debe reducir en la escena pública.

La primera influencia del neoliberalismo en Chile la encontramos en la asesoría entregada por la Misión Klein Saks, en 1955, siendo, Carlos Ibáñez del Campo Presidente de Chile. La influencia de dicha misión fue parcial, pues, encontró resistencias de los actores políticos de aquel entonces, pero en la década de los setenta el escenario nacional ofrecería, según un reducido polo de la sociedad chilena, condiciones propicias para integrar con fuerza la matriz y, posteriormente, el ADN constitucional que permitiría desplegar con fuerza el modelo («Conformación de la ideología neoliberal en Chile (1955-1978)—Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile», s. f.).

Fue así como en el año 1955, el decano de la Facultad de Economía de la Universidad Católica de Chile, Julio Chaná, suscribió un acuerdo con la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional (USAID), para que aquella Facultad

entablara un vínculo académico con su símil de Chicago, de esta manera se convirtió en una de las instituciones que, decididamente se orientó a desarrollar y difundir las doctrinas, que luego serían el soporte teórico del neoliberalismo («Conformación de la ideología neoliberal en Chile (1955-1978)— Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile», s. f.).

Este fue entonces el hilo conductor que se estableció con Estados Unidos, una sincronía, un lenguaje común, un repertorio de estrategias consistentes y articulables para instalar un engranaje que funcionaría de forma orquestada y que dio origen a un grupo de pensamiento que iría explorando y configurando un escenario propicio para realizar los ajustes que fuesen necesarios para instalar el modelo que permitiría empoderar una clase empresarial robusta e influyente.

Sergio de Castro, Pablo Baraona, Álvaro Bardón, Emilio Sanfuentes, Rolf Luders, Sergio de la Cuadra, Manuel Cruzat, Ernesto Silva, Cristián Larroulet, Felipe Lamarca, Ernesto Fontaine, Miguel Kast, entre otros, se incorporaron a las aulas de Chicago, para ser formados y adoctrinados, a fin de instalar un sistema, en Chile, que garantizara a Estados Unidos el despliegue de su imperio económico, previendo garantías de beneficio mutuo.

La estrategia de penetración del neoliberalismo fue intensa y fue ganando espacios paulatinamente; creándose un ecosistema, que permitió asegurar su instalación sostenible en el tiempo.

Los “Chicago Boys”, como se les llama a los economistas chilenos formados en la Universidad de Chicago, partieron ejerciendo su influencia en frentes estratégicos, tales como: la Reforma al curriculum de la carrera de Economía de la Universidad Católica en 1962, crearon el Centro de Investigación Económica, la Página Económica de “El Mercurio” -el diario más influyente de Chile-, el Centro de Estudios Socioeconómicos (CESOC) y la revista “Qué Pasa”, instrumento periodístico de la derecha chilena, entre otros.

Paralelo a lo anterior, en 1970, la izquierda unida, forma el conglomerado, llamado Unidad Popular, el cual lleva al poder al médico Salvador Allende, siendo el primer Presidente socialista que llega al gobierno por vía democrática.

La llegada de Allende al poder es la cúlmene de una vida dedicada a la función pública, razón por la cual su figura se posiciona en la historia de la salud pública como uno de sus actores principales, en tanto propició el desarrollo de la medicina social en Chile. Un botón de muestra de ello es que en 1939, siendo ministro de Salubridad del gobierno de Pedro Aguirre Cerda, publica el libro “La realidad médico-social chilena”, en el cual examina, severamente, cómo viven los chilenos, especialmente, los que pertenecen a los sectores más vulnerables. En su libro, caracteriza, en detalle, la pobreza y compara cifras con países más desarrollados, reconociendo las brechas existentes y las posibilidades de abordarlas, para poder garantizar el derecho a una vida digna (Calderón, 1990).

En 1952, siendo Senador impulsa la ley 10.323, que reformaba el Seguro Obligatorio, creó el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud.

Toda esta experiencia acumulada forja a un hombre con vocación pública, que comprendía que la salud es un fenómeno integral, en el que inciden distintos factores, que son visualizados por él, como elementos claves para garantizar el desarrollo del país.

Siendo electo Presidente, Salvador Allende estructura un plan de acción sintetizado en 40 medidas, donde la salud se permea en distintos puntos, otorgando centralidad a la infancia. Dentro de las principales medidas se pueden encontrar las siguientes:

- Todos los escolares de la enseñanza básica tienen derecho a recibir desayuno y almuerzo gratuitos.



- Entrega de medio litro de leche diaria a todos los niños/as de Chile.
- Instalación de consultorios materno-infantiles en todas las poblaciones.
- Propicia la asistencia médica y sin burocracia.
- Potencia la entrega de medicina gratuita en los hospitales, suprimiendo el pago de todos los medicamentos y exámenes.
- Propone no más estafa en los precios de los remedios, previsión justa para todos.
- Se articula la creación de los Consejos Locales de Salud, entre otras medidas.

La implementación de estas medidas dejaron huella no sólo en Chile, sino que, también actuaron como referentes internacionales. Dentro del legado, en salud, del gobierno de la Unidad Popular podemos destacar:

- La ampliación de los programas de protección materno infantil, que se extendieron hasta 1987.
- La mantención de los volúmenes del programa de alimentación complementaria.
- El control de la desnutrición a niveles no perceptibles.
- El control de las enfermedades infecto-contagiosas a niveles cercanos a la erradicación.
- Reducción considerable de las muertes infantiles y maternas.

Otro de los legados importantes que dejó Allende, son los Consejos Locales de Salud, los cuales garantizaban la participación de la comunidad en el sistema de salud, activando la organización para ampliar la cobertura de atención, para evitar enfermedades infectocontagiosas de gran prevalencia, como la diarrea y la bronconeumonía, y también, para educar y controlar a las mujeres embarazadas.

Salvador Allende instaló en el pueblo la capacidad de resignificar la manera de relacionarse con el Estado, extendiendo los márgenes de lo que es justo y se

merece. La dignidad de las personas, en particular de los más pobres estaban en el centro de su acción pública.

La llegada de Allende al poder, no sólo sería un hito para Chile, sino también un evento valorado internacionalmente. La instalación de un gobierno socialista, por la vía democrática, alentaba a otras naciones a explorar un camino semejante. Esto, naturalmente, desestabilizaba la influencia hegemónica de Estados Unidos en la región, por lo que se empezó a hurdir, en conjunto con la clase empresarial chilena y las Fuerzas Armadas, un entramado para derrocar a Allende.

En 1972, la derecha chilena colabora, activamente, en articular medios de comunicación, el desabastecimiento de enseres básicos y el desorden público. Ese mismo año, De Castro, Baraona y Bardón escriben “El ladrillo”, que entrega las directrices estratégicas para instalar y anclar el modelo neoliberal en Chile.

Fue así, como el 11 de septiembre de 1973, luego de varios intentos por desestabilizar el gobierno, las fuerzas armadas realizan el Golpe de Estado, apoyadas por la derecha chilena. De esta forma, llega al poder la junta nacional de gobierno, conformada por representantes de cada una de las ramas de las Fuerzas Armadas y liderada por Augusto Pinochet.

La instalación del modelo neoliberal encontró detractores en el conglomerado militar, pues algunos tenían una posición más ligada a un modelo nacional-corporativista. Sin perjuicio de aquello, esta última posición perdió fuerza y el aparato ideológico del centro de pensamiento de Chicago se instaló en puestos claves del gobierno militar.

El tránsito de un gobierno socialista democrático, como lo fue el gobierno de Salvador Allende, a un modelo neoliberal implicaba necesariamente erradicar detractores que imposibilitaran o perturbaran el nuevo orden.

En 1975, Milton Friedman, quien fue, además asesor de Ronald Reagan y Margaret Thatcher y admirador de Pinochet, es invitado por la Escuela de Negocios de Valparaíso, por sus ex alumnos de la Escuela de Chicago a dictar una conferencia que permite asentar con mayor propiedad el sello ideológico que caracterizará a la dictadura militar. En este marco, es válido recordar cómo en el Banco Mundial, comienzan a promover un cambio radical en las políticas del sector salud, colocando como sello particular los principios neoliberales, a través de los cuales se limitan las funciones del Estado a regular y subvencionar los programas y servicios esenciales de salud para los indigentes, privatizando la prestación de los servicios de salud.

En este contexto la recesión económica de los 80, afectó, notoriamente a los países de bajos y medianos ingresos, los que acumularon una deuda externa. Dicho escenario, facilitó que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional promovieran la descentralización y privatización, exigiendo “...a los países como condición para recibir préstamos y renegociar la deuda, la reducción de los gastos sociales (salud y educación)...”(Homedes & Ugalde, 2010).

Noemi Klein, señala que la instalación de modelos neoliberales en la región se han caracterizado por el uso de la fuerza, la cual actúa, directamente, sobre los detractores, principalmente de izquierda, asesinando, exiliando y haciendo desaparecer a sus principales líderes(Lange Valdés, 2010).

Esto permite instalar el terror, el cual actúa como fuerza persuasiva que inmoviliza, que desarticula, que desalienta la organización en pos de la defensa de lo que inevitablemente se va a perder como beneficio público.

De esta forma, el escenario implantado, a partir de lo que Klein denomina “doctrina del shock”, permitió instalar con facilidad y sin una fuerza detractora, cambios estructurales, que aún cuando la sociedad, en su conjunto, sabe que van en detrimento de su calidad de vida, al estar en shock poco y nada pueden hacer

para detener los procesos de instalación de un modelo que fortaleció a la clase empresarial y debilitó a la clase trabajadora, siendo, siempre, más frágil y desvalida.

“Las siete modernizaciones” fue el nombre, con el cual se conocieron en Chile las reformas estructurales, llevadas a cabo desde 1979 por el gobierno militar, diez años antes de que el denominado Consenso de Washington, las identificara y promoviera, como la ruta a seguir, para los países con problemas de deuda externa, a través de: una disciplina fiscal, recortes al gasto público, reforma tributaria, liberalización financiera, fijación de un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación y protección de los derechos de propiedad (Biblioteca Nacional de Chile, 1979).

Pocos años después de instalado el modelo, los resultados ya se dejaban ver: La tasa de desempleo, de 3.1 % antes del golpe militar, pasó a 25 % en un espacio de cuatro años. La inflación alcanzó un máximo histórico de 341 % en 1975 y el aumento del precio del pan, el transporte y otros productos básicos hundió la calidad de vida de la sociedad chilena. Más de 725 empresas fueron privatizadas, en tanto, fueron prohibidos todos los sindicatos y organizaciones gremiales (Gunder Frank, Friedman, & Harberger, 1976).

Es así como se hace visible el fracaso de la propuesta neoliberal “...expresado en la profundización de la pobreza y de las desigualdades en los países en desarrollo” (Nogueira, 1999), lo que ha sido incluso denunciado por varios de sus defensores, proponiendo como *necesidad un acuerdo post-Washington*, en el que se espera que se reconsideren los lineamientos inicialmente establecidos.

Por otro lado, cabe incorporar un breve recorrido histórico sobre la incorporación del derecho a la salud en las constituciones chilenas, en donde se puede apreciar

el cambio normativo, que se gestó en la Constitución Política de 1980, en la cual se garantizó el rol protagónico del sector privado en el sector público.

El primer texto constitucional que se puede rescatar en Chile, es del año 1925, el cual señalaba en su artículo 10, número 14°, lo siguiente:

*“Art. 10. La Constitución asegura a todos los habitantes de la República:*

*14. La protección al trabajo, a la industria, y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refieren a la habitación sana y a las condiciones económicas de la vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y a las de su familia. La ley regulará esta organización.*

*El Estado propenderá a la conveniente división de la propiedad y a la constitución de la propiedad familiar.*

*Ninguna clase de trabajo o industria puede ser prohibida, a menos que se oponga a las buenas costumbres, a la seguridad o a la salubridad pública, o que lo exija el interés nacional y una ley lo declare así.*

*Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad...”*

La referencia, que se lee anteriormente sobre salud pública, es el único acercamiento al reconocimiento al derecho a la salud y, “*fue más bien incidental, ya que se discutió a propósito de la norma que garantizaría la protección al trabajo. En efecto, la mención que se hizo al derecho a la salud provino de una indicación realizada por el experto sanitario extranjero Dr. John D. Long, y no como una garantía constitucional separada y que fuera objeto de un estudio*

*especial. En todo caso, debe subrayarse que la forma tangencial en que se debatió acerca del derecho a la salud en la Comisión Constituyente de 1925 no era algo extraño en una época en que la preocupación por la salud de las personas estaba íntimamente ligada a “la recuperación de la fuerza de trabajo industrial” (Couso & Reyes, 2009).*

La incorporación del derecho a la salud es resultado del debate al interior de la Comisión Constituyente, por incluir los derechos económicos y sociales en la nueva Constitución, sin perjuicio de que el acento del nuevo texto fundamental estaba en sentar las bases del régimen político.

Lo anterior, tuvo como antecedente las epidemias de cólera y viruela, de finales del siglo XIX, y el surgimiento de la cuestión social, que dejó en evidencia las deficiencias del Estado, frente a los problemas que aquejaban a la clase trabajadora del país, lo que motivó su participación, mediante juntas de beneficencia, y un sistema de vacunación nacional, *“aunque la idea del estado asistencial, en materia sanitaria, llegó más adelante a tener expresiones regulatorias claras (como el Código Sanitario de 1918), no fue sino hasta 1924 cuando este concepto encontró su expresión institucional más fuerte, al crearse el Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social” (Couso & Reyes, 2009).*

Durante la vigencia de la Constitución de 1925, y hasta su reforma de 1970, se pudo profundizar la regulación del derecho a la salud, a través de la dictación de leyes, como la de creación del Seguro Obrero obligatorio de enfermedad e invalidez, (1924); la Ley de Medicina Preventiva (1938); la creación del Servicio Nacional de Salud (1952) y el Seguro Social (1952); y la Ley de Medicina Curativa N°16.781 (1968).

En 1970, con la llegada al gobierno de Salvador Allende, se gestó la reforma de la Constitución de 1925, en la cual se incorporó un “Estatuto de Garantías

constitucionales” y que, amplió el catálogo de derecho garantizados por la Constitución, sin embargo, en cuanto al derecho a la salud no se evidencia una reforma estructural, *“lo único que se hizo fue trasladar el inciso final del número 14 del artículo 10 original e incorporarlo como inciso final del nuevo numeral 16 del artículo 10. Adicionalmente, se sustituyó la expresión “servicio nacional de salubridad” que contenía este inciso, por “servicio nacional de salud”, es decir, sólo fue un cambio de posición y de palabras, sin desarrollar o profundizar más”* (Couso & Reyes, 2009) .

El nuevo articulado del artículo 10, ahora, número 16, señalaba lo siguiente:

*“Artículo. 10. Asimismo, la Constitución asegura a todos los habitantes de la República:*

*16. o El derecho a la seguridad social.*

*El Estado adoptará todas las medidas que tiendan a la satisfacción de los derechos sociales, económicos y culturales necesarios para el libre desenvolvimiento de la personalidad y de la dignidad humana, para la protección integral de la colectividad y para propender a una equitativa redistribución de la renta nacional.*

*La ley deberá cubrir, especialmente, los riesgos de pérdida, suspensión o disminución involuntaria de la capacidad de trabajo individual, muerte del jefe de familia o de cesantía involuntaria, así como el derecho a la atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación en caso de accidente, enfermedad o maternidad y el derecho a prestaciones familiares a los jefes de hogares.*

*El Estado mantendrá un seguro social de accidentes para asegurar el riesgo profesional de los trabajadores.*

*Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salud”.*

Sin perjuicio de lo anterior, durante el Gobierno de Salvador Allende se reconocen políticas públicas, que permitieron avanzar en la promoción del derecho a la salud, como el Plan Nacional de leche y la creación de Consejos locales de salud, mencionados anteriormente.

En este recorrido socio-histórico, cabe señalar que en septiembre de 1969, Chile se suscribió al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 19 de diciembre de 1966. Este tratado recoge el derecho a la salud señalando que *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* (ACNUDH, 1966).

De esta manera se puede advertir, que la expresión *“el más elevado estado de salud posible”*, apareció en la historia de la redacción del precepto constitucional chileno, pero no fue acogido por la comisión redactora de la nueva constitución de 1980 (Figueroa García-Huidobro, 2013).

La visión sobre el rol del Estado, respecto del derecho a la salud, cambió con la irrupción de la dictadura, época durante la cual se criticó duramente las políticas sociales implementadas por el gobierno de la Unidad Popular, para ahora predominar una visión subsidiaria del rol del Estado y entregar la salud pública a una economía social de mercado, lo cual se reflejó en la nueva concepción del derecho a la salud en la Constitución Política de la República de 1980.

Durante el período de 1973 a 1980, se introdujeron modificaciones legales al sistema de salud a través de la modificación del Servicio Nacional de Salud, y de la Ley de Medicina Curativa, la reorganización del Ministerio de Salud, la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), la creación del Instituto de Salud Pública



(ISP) y la Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST)(Couso & Reyes, 2009).

La elaboración del texto fundamental de 1980, estuvo a cargo de la Comisión de estudios de la Nueva Constitución, que a partir de 1973 trabajó en la propuesta. En concreto, para la incorporación del Derecho a la Salud, se escucharon las opiniones del Ministerio de Salud y el gremio de médicos y economistas. La discusión no estuvo exenta de problemas, pues convivían al interior de la Comisión dos posturas, una minoritaria que promovía el rol activo del Estado para la provisión de acciones, en relación al derecho a la salud y la educación, por tratarse de materias relevantes para el bienestar de la sociedad, y otra mayoritaria que, al contrario, proponía el rol subsidiario del Estado, limitado a proveer los servicios de salud, solamente a aquella parte de la población que no pudiera proveérselos por sí misma.

La Constitución Política de la República de Chile de 1980, estableció el derecho a la protección de la salud, en su artículo 19 número 9°, dejando postergado el acople de la Salud como un Derecho en su amplia magnitud. El texto constitucional plantea lo siguiente:

*“Artículo 19.- La Constitución asegura a todas las personas:*

*9°.- El derecho a la protección de la salud.*

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

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

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

*Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;...”* (Chile Ministerio del Interior, 1980)

Como se observa, el nuevo texto del artículo 19 número 9° incorporó por primera vez el derecho a la protección de la salud de manera independiente, estableciendo las bases del sistema de salud ideado por el régimen militar, y separándolo del derecho a la seguridad social, que se lee en el número 18 del artículo 19.

Finalmente, si bien no se estableció expresamente el principio de subsidiariedad en el sistema de salud, si se aprecia de la lectura un reconocimiento limitado sobre la garantía constitucional, pues se tuvo especial cuidado en no someter al Estado a proveer prestaciones que no estuviera en posición de cumplir. En concreto, se garantiza “la protección a la salud”, es decir, remitiéndonos a lo señalado previamente, el Estado se obliga a amparar o defender el derecho a la salud, en orden a impedir que un tercero obstaculice el acceso al derecho. En segundo lugar, se garantiza la igualdad en el acceso a las acciones relativas a la salud, estableciendo una convivencia de dos sistemas, uno público y uno privado, y garantizando la libertad de elección de éste.

Por su parte, un aspecto a destacar, es, que el derecho a la elección del sistema de salud se encuentra amparado por el Recurso de Protección del Artículo 20 de la Constitución Política, que señala:

*“Artículo 20.- El que por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidos en el artículo 19, números 1°, 2°, 3° inciso quinto, 4°, 5°, 6°, **9° inciso final**, 11°,12°, 13°, 15°, 16° en lo relativo a la libertad de trabajo y al derecho a su libre elección y libre contratación, y a lo establecido en el inciso cuarto, 19°, 21°, 22°, 23°, 24°, y 25° **podrá ocurrir por***

***sí o por cualquiera a su nombre, a la Corte de Apelaciones respectiva, la que adoptará de inmediato las providencias que juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes.***

*Procederá, también, el recurso de protección en el caso del N°8° del artículo 19, cuando el derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación sea afectado por un acto u omisión ilegal imputable a una autoridad o persona determinada”.*

Por tanto, no todo el contenido del derecho a la salud, en los términos concebidos en la carta fundamental, puede ser reclamado ante los tribunales superiores de justicia, sino, solamente, la libertad de elección del sistema, lo cual se traduce en una justiciabilidad limitada del derecho a la salud.

Por último, cabe señalar que la Constitución Política de 1980 fue reformada el año 1989 y 2005. En la primera de estas reformas, se modificó el artículo 5° al incorporar la referencia a los tratados internacionales que versan, sobre los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana, lo cual permite la remisión directa y aplicación, por parte de los tribunales de justicia, del contenido de los tratados que Chile ha ratificado.

En cuanto al derecho a la salud, estas reformas no modificaron en el apartado de garantías constitucionales lo relativo al derecho a la salud, lo que mantiene su ausencia y trazabilidad en la precariedad del Sistema de Salud chileno.

### 1.3.- CHILE UN PAÍS PRODUCTOR DE DESIGUALDADES SOCIALES Y CON UN SISTEMA DE SALUD FRACCIONADO.

*“No hay enfermedades de la pobreza. Hay enfermedades de la riqueza con desigualdad. Es necesario cambiar el punto de vista, porque si no aparecen los pobres como responsables de las enfermedades. Lo que el modelo de salud pública dominante llama “enfermedades de la pobreza” debería llamarse “enfermedades generadas por un sistema social que necesita de la desigualdad” (Jaime Breilh, 2017)*

Chile es un país en el que prevalece un modelo económico-político neoliberal, amparado en la Constitución Política de la República de Chile de 1980, la que, como ya revisamos previamente, fue propiciada bajo el régimen de la Dictadura Militar. Dicho modelo ha demarcado una sociedad, permeada por relaciones mercantiles, fraccionada en clases sociales y, en donde, el Estado es reducido a su expresión mínima versus el protagonismo que asume el mercado para regular la provisión de bienes y servicios.

Lo anterior, ha dado paso a la reducción y privatización de derechos y garantías sociales, impactando de manera específica en la vida de las personas más pobres del país, lo anterior, genera tensiones en la definición de las políticas públicas, en sus resultados y en la articulación de la participación social y el rol activo de los ciudadanos que se requiere para la lucha por la igualdad social.

La Constitución del 80, se mantiene en el tiempo y propicia la naturalización de la desigualdad, en donde se omiten acciones públicas que propendan a fortalecer a las personas como sujetos de derecho, ejemplo de esto, son: la tendencia a la disminución de la participación de la población en organizaciones sociales o

grupos organizados(Herrmann & van Klaveren, 2016) y el bajo conocimiento de educación cívica, por parte de los adolescentes, lo que claramente permea la visión de mundo en la adultez, esto se revela en el Estudio Internacional de Educación Cívica y Formación Ciudadana (ICCS) realizado el 2016, el que evalúa la preparación de los jóvenes de 8° básico, para asumir su rol como ciudadanos. En dicho estudio, Chile presenta resultados significativamente más bajos (482 puntos) que el promedio internacional (517 puntos). («Estudio Internacional de Educación Cívica y Formación Ciudadana ICCS», 2017).

En este contexto, antecedentes documentales evidencian las diferencias entre los grupos sociales y los bolsones de pobreza en el escenario de las desigualdades presentes, que se gestan en este país en donde la Constitución de 1980, creada en tiempos de la dictadura de Pinochet y mantenida por la frágil democracia chilena, permitió implementar con vigor el modelo neoliberal.

La irrupción del sector privado, como proveedor de servicios del Estado, entregó garantías propicias al empresariado para generar un sistema, que entrega todas las condiciones para enriquecerse sin medida, lo que ha permitido generar un escenario caracterizado por una gran desigualdad.

El Grupo del Banco Mundial (World Bank Group) es una organización que se concentra en analizar las finanzas de los países. El informe realizado por este organismo en el año 2018 da muestra del listado de los países más desiguales económicamente, ubicándose Chile en el 7° lugar(Asociación Médica Mundial, 2017): 1° Sudáfrica, 2° Haití, 3° Honduras, 4° Colombia, 5° Brasil, 6° Panamá, **7° Chile**, 8° Rwanda, 9° Costa Rica y 10° México.

La desigualdad permite evidenciar, que Chile no es un país que carece de recursos, sino que estos están mal distribuidos, pues el quintil más alto, y en particular, el decil más rico concentra gran parte de los ingresos de la nación, pues si Chile recibe 100 pesos, 38 se los llevaba el 10% más rico de la población, según este informe.

Estos datos permiten evidenciar que la población más rezagada y más vulnerable, se encuentra excluida de las virtudes del desarrollo, debido a condiciones de sustrato, de un sistema que fue hecho para garantizar, que el decil más rico pudiera incrementar sus ingresos con pocas barreras en su camino.

La siguiente tabla muestra el despliegue de la desigualdad del ingreso promedio, máximo y mínimo del per cápita autónomo del hogar en Chile en el año 2017 (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

**Tabla N°1**

Promedio, mínimo y máximo del ingreso autónomo per cápita del hogar por decil (en pesos chilenos). 2017.

<b>Ingreso autónomo per cápita del hogar</b>			
	Promedio	Mínimo	Máximo <sup>1</sup>
<b>I</b>	29.029	0	63.250
<b>II</b>	81.427	63.333	99.985
<b>III</b>	114.323	100.000	132.500
<b>IV</b>	147.735	132.550	165.000
<b>V</b>	184.113	165.033	201.300
<b>VI</b>	227.115	201.301	253.300
<b>VII</b>	286.208	253.333	321.834
<b>VIII</b>	372.245	321.867	433.332
<b>IX</b>	544.607	433.333	704.754
<b>X</b>	1.459.023	704.833	-

El límite máximo corresponde al umbral de corte entre los deciles.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta Casen 2017.

De acuerdo a esta tabla, los chilenos que pertenecen al decil más rico ganan 50 veces el ingreso del decil más pobre.

La desigualdad no sólo se evidencia en el ingreso, sino, también en el sistema educativo, pues es uno de los once países donde la situación socio-económica del alumno predetermina con mayor fuerza su rendimiento escolar.

Según el informe realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre 64 naciones:

*“Chile se ubica en el noveno lugar del ranking de desigualdad, ya que un estudiante con bajos recursos tiene seis veces más probabilidades de tener bajo rendimiento escolar. Esta situación se acerca a lo que ocurre en Estados Unidos, undécimo en la clasificación, donde esas probabilidades son ligeramente inferiores a seis. De hecho, según el informe, en Chile, Costa Rica, Brasil, Colombia, Estados Unidos y Uruguay, un alumno que procede de una familia desfavorecida tiene cuatro veces más posibilidades de no lograr el nivel básico que sus compañeros” (OCDE, 2016).*

Ahora bien, para el caso del Derecho a la Salud, cabe destacar que Chile en 1952 organizó un sistema nacional de salud financiado por el Gobierno, en el cual, todos los ciudadanos recibían servicios gratuitos (Papillón, 2010), sin embargo, la historia devela que el Derecho a la Salud fue minimizado, tensionado históricamente y reducido en la Constitución Política de la República de Chile de 1980, a la expresión mínima de Derecho a la Protección de la Salud, tal como se pudo apreciar anteriormente.

Este discurso y esta forma de minimizar el Derecho a la Salud ha traído consigo formas en su abordaje, teniendo implicancias políticas y económicas, que se han concretado en el discurso y la práctica, ejemplificado en el sistema público y privado de provisión de servicios que ofrece el Sistema de Salud Chileno, dando pie a la creación de Fonasa (Fondo Nacional de Salud) como opción desde lo público y las Isapres (Instituciones de Salud Previsional) como intermediarios financieros, para la atención médica desde el campo privado, siendo protagonistas del incremento en el costo de los programas de atención y desfachatadas ganancias corporativas. En ese entonces, ya se advertía algunas contradicciones respecto al quehacer de la medicina, planteándose que lo que estaba en juego era *“...si la Medicina va a ser considerada como una mercancía, o como una*

*necesidad de la población. En último término, las alternativas en salud son: o una medicina predominantemente social o como una medicina predominantemente individual, la primera es claramente redistributiva del ingreso y, la segunda, claramente concentradora del ingreso”(Goic G, 2015).*

Es así, como se dio lugar a la segmentación de la demanda en salud, lo que se traduce en una forma de segregación inconsistente con la idea de acceso igualitario, ello se puede observar en la práctica con la provisión de salud: “Fonasa asegura a la población con más riesgo sanitario y menos ingresos en Chile (13,5 millones de personas), mientras las isapres afilian a la población con más recursos, más joven y con menos riesgo sanitario (3,5 millones de afiliados)”(Allard Soto, Hennig Leal, & Galdámez Zelada, 2016).

Estos antecedentes dan cuenta de un sistema, en donde existe un déficit en comparación con los países de la OCDE (Gunder Frank et al., 1976), ejemplificado en:

- El gasto total en salud (% PIB) que hace Chile es de un 7,3 versus 9,3.
- El gasto público en salud (% de gasto total) es de 49,2 versus 72,3.
- El gasto de bolsillo en salud (% del consumo final del hogar en salud) es de 4,8 versus 2,9 lo que en términos de equidad social, revela una de las contradicciones más graves de nuestro sistema de salud.
- Se evidencia una diferencia significativa en el número de médicos (1,7 x 1.000 hab. versus 3,2 x 1.000 hab.), asimismo se evidencia que menos del 50% de los médicos trabajan en el sector público y una mayoría en el sector privado, he aquí la tensión sobre la responsabilidad ética-política en el marco de la responsabilidad social de la profesión médica.
- El número de hospitales y camas hospitalarias es claramente insuficiente, lo que se gráfica en la menor tasa de camas hospitalarias (2,1 x 1.000 hab. versus 4,8 x 1000) en comparación con otros países, en donde, además



algunos establecimientos públicos se muestran precarias condiciones en su infraestructura y condiciones indignas de funcionamiento.

- El porcentaje de medicamentos genéricos en el mercado es de 30% en Chile y de 75% en los países del OCDE, en donde, además, los medicamentos tienen un costo desmedido y la industria farmacéutica fija arbitrariamente los precios, coludiéndose incluso para aumentarlos injustificadamente.
- Antecedentes documentales, evidencian que, aún en Chile, las personas deben madrugar para conseguir un número para ser atendidas horas después; las listas de espera para exámenes de laboratorio, exploraciones instrumentales e intervenciones quirúrgicas son interminables; el acceso a especialistas, cuando se requiere, es restringido, la disponibilidad de camas de hospitalización y de unidades de cuidados intensivos es insuficiente y el acceso a ambulancias en situaciones de emergencia suele ser tardío.
- Los Servicios de Urgencias se ven atochados por la demanda, se atienden personas en sillas o camillas, carecen de un número suficiente de camas de hospitalización y los médicos y personal de salud se sienten agobiados por la intensidad de la demanda y las condiciones inadecuadas de trabajo.
- La cobertura de la atención odontológica es limitada, por ejemplo, la OMS recomienda 1 dentista por 2.000 habitantes; se estima que Chile tiene alrededor de 18.000 odontólogos, 1 x 958 habitantes; si embargo sólo alrededor de 4.000 trabajan en el sector público de salud.

Lo anterior tiene consecuencias negativas en la vivencia del proceso de salud-enfermedad-atención de las personas, en donde, *“en nuestras sociedades capitalistas, la salud es definida institucionalmente como la capacidad de producir el excedente apropiado para los propietarios de los medios de producción...”*(Donnangelo, 1994), es así, como las condiciones de vida y salud, violentan el derecho a la vida digna y a la salud en particular, permitiendo de esta manera problematizar el entramado que cruza la salud como construcción social, como bien público y como Derecho Fundamental en Chile.

Este encuadre permite disponer del contexto político-económico-ideológico/cultural, en cual se anclan los contextos carcelarios en Chile, donde un grupo importante de la población privada de libertad, proviene de contextos en donde sus vidas y cuerpos circulan en un marco de contradicciones y desigualdades, que no dan lugar al buen vivir.

Para efectos de la presente investigación, la cárcel, es definida como “la conjugación entre el espacio físico, en el cual se encuentra la persona privada de la libertad y su entorno, donde se desarrolla un estilo de vida particular de supervivencia, adaptación, sometimiento, interacción cultural, social y educativa dentro del sistema”(«INPEC - INPEC», 2019).

La cárcel, además está permeada por relaciones sociales y de poder, en donde participan distintos actores sociales y a distintos niveles de jerarquía, lo que demarca una realidad social compleja, desarrollándose, tanto modos de vida, como estilos de vida(Breilh, 2010); los que están determinados, estructuralmente, por patrones económicos, de poder y políticas gubernamentales que no dan respuesta a las necesidades y condiciones básicas de supervivencia, es así, como se puede ejemplificar como un espacio reproductor de las relaciones neoliberales, en donde, la exclusión se intensifica y la expresión de las políticas públicas se ven disminuidas, ejemplificado, en este caso, en la tensión que se gesta sobre el ejercicio del derecho a la salud y a la vida digna, lo que en la realidad de quienes habitan dichos contextos, ya viene, naturalizado, desde su propia historia vinculada a la pobreza.

#### 1.4.- TRAYECTORIA DE VIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, SUJETOS SITUADOS EN UN CHILE DESIGUAL.

*“...lamentablemente en Chile se encarcela la pobreza ...me refiero a los pobres que, además de la pobreza material, han vivido en un mundo de violencia, abandono, prostitución, violaciones y abusos, mismos actos que después se realizan dentro de las cárceles” (Hmna. Nelly León. Discurso de la Capellana, en la visita del Papa Francisco al Centro Penitenciario Femenino de San Joaquín, Santiago de Chile, 16 de enero 2018, Santiago de Chile)*

A medida que se avanza en este camino y la investigadora se detiene a mirar la caracterización de las personas privadas de libertad, se remonta a dar un paso atrás a la situación actual del sujeto y considerar la historicidad y trayectorias de vida de las personas que cohabitan los contextos de encierro en Chile. Precisar algunos alcances sobre ello, como parte de los antecedentes *“nos permite conocer las distintas posiciones y prácticas de los sujetos, la disponibilidad de los capitales -social, cultural, económico-, como así también la posibilidad, la aptitud y el posicionamiento de estos sujetos frente a los cambios”* (Gutiérrez, 1994).

En el caso de las personas privadas de libertad, se hace necesario recurrir a los matices individuales y colectivos que han demarcado sus trayectoria de vida, los que en aportes de Rosanvallon *“es necesario recurrir cada vez más a la historia individual de los sujetos, a sus familias, a sus trayectorias, a los procesos que los afectaron, considerando que en lugar de disponer de recetas generales, aplicables a todos los casos, resulta indispensable desarrollar capacidad para gestionar abordajes singulares ante situaciones que son singulares, situadas en el marco de*

*procesos estructurales, sociales, culturales, en los que se comparten condiciones de vida*”(Lera et al., 2007).

Por su parte, Bourdieu manifiesta que para comprender una vida es necesario tener en cuenta la estructura de la red, es decir, la matriz de las relaciones objetivas entre las diferentes estaciones, con esta idea de base el autor propone una definición de trayectoria como una *“serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones”*(Bourdieu, 1977), las que suponen una mirada integral de las posiciones objetivas transitadas y ocupadas por los actores.

En ese sentido, se hace necesario dar cuenta que el 28 de Noviembre del 2005 se promulgó el marco legal del sistema penitenciario para adolescentes en Chile. La ley creó un sistema de justicia juvenil especializado, a cargo del Servicio Nacional de Menores (SENAME) orientado a ejecutar las sanciones y la reinserción de adolescentes que se encuentran entre los 14 y 18 años de edad, adoptando de manera específica recomendaciones desde la Convención de los Derechos del Niño en el procedimiento penal, apelando a que la privación de libertad, sólo se debe ejecutar en los casos más severos y como último recurso sancionatorio (Instituto de Sociología de la & Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015).

Sin embargo, cuando se analizan las trayectorias de vida de las personas privadas de libertad, se da cuenta que uno de cada dos reos de la población penal adulta pasó por un centro de menores durante su infancia o adolescencia y que el 50% de los jóvenes egresados de algún centro por responsabilidad penal juvenil reincidirá, antes de los 24 meses. (Peillard et al., 2015)

Por otro lado, un estudio sobre las trayectorias de vida de jóvenes infractores de ley, realizado por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en conjunto con la Fundación San Carlos de Maipo, en el año 2014, con

1090 jóvenes, provenientes de la Región Metropolitana, Quinta y Sexta, da cuenta de la georreferenciación territorial, desde donde provienen los jóvenes, que cohabitan los centros del SENAME, visibilizándose, por ejemplo, su proveniencia territorial en las comunas periféricas de la Región Metropolitana, el 10% de los participantes del estudio declaró no haber vivido nunca con sus padres y un 34% proviene de familias monoparentales.

Por otra parte, 38% de la muestra indicó que la mayoría de sus amigos delinquen. Un 35% de la muestra consumía droga desde antes de cometer su primer delito y el grupo de jóvenes que desarrollaron una dependencia a las drogas, se presentan como el grupo más reincidente y más violento, pues la dependencia es a la cocaína o a la pasta base, droga estimulante que se fuma sola o acompañada de otras sustancias.

Un 21% del total de encuestados se define a sí mismo como un delincuente, un 48% dice tener mucho en común con las personas que cometen delitos y un 39% se siente acogido por sus amigos que cometen delitos. Ahora bien, el delito que se realiza en una edad temprana es el hurto o robo menor, el que se desencadena a los 11,6 años promedio, seguido del robo mayor y robo violento que se gesta entre los 13 y 14 años y el delito violento es el que se da entre los 14 y 15 años. En este sentido, el recibir una condena coincide con lo esperable por parte de ellos y su grupo de referencia en sus trayectorias de vida (Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015).

En este estudio, más del 80% declaró que era importante trabajar duro para salir adelante, terminar la escuela y tener una buena vida familiar. Sin embargo, cuando se exploró sobre la naturaleza de esas proyecciones a través de la pregunta “¿cómo quieres ser en el futuro?”, las respuestas estaban marcadas por el consumismo y la acumulación de bienes materiales, en donde la mayoría de los jóvenes respondieron utilizando el verbo tener: “querían tener una casa, dinero, un auto, un negocio, etc”., colocándose en valor las personas, como sujetos de

consumo y no como ciudadanos, en donde el “tener algo” te categoriza, necesariamente con un slogan de estatus.

Por otro lado, un estudio realizado por el Programa de Estudios Sociales del Delito del Instituto de Sociología UC (ISUC), Fundación San Carlos de Maipo y Fundación Colunga, realizan un primer acercamiento al perfil y proceso de reinserción de mujeres privadas de libertad, evidenciando que un 62% de las mujeres reportaron algún tipo de maltrato en la infancia, como negligencia parental, agresión física o verbal, o abuso sexual y un 71% declaró haber sido víctima de algún tipo de agresión física, verbal o sexual de parte de sus parejas o convivientes («Investigación revela perfil y proceso de reinserción de mujeres privadas de libertad», 2017). Y en el momento actual de la reclusión el 94% de las mujeres recluidas posee hijos, llegando a un promedio de casi 3 hijos por mujer (Piñol, 2014).

Estos datos condicen con los hallazgos de la Primera Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria, impulsada por Gendarmería de Chile (Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH, 2014). El instrumento fue aplicado en septiembre del 2013 en 75 cárceles del país (El instrumento incluyó 42 preguntas para hombres y 50 para mujeres, participaron 695 mujeres (33,3%) y 1.398 hombres (66,7%). La encuesta recolectó información sobre: condiciones carcelarias, seguridad y relaciones interpersonales, servicios de salud, contacto con el exterior, reclamos, acceso a programas, castigos, allanamientos, disposición a votar durante elecciones, cambios que realizarían en las respectivas cárceles y preguntas sobre la situación de las mujeres privadas de libertad. Sus resultados pueden advertir que el 44% de las personas encuestadas sufrió en su niñez o adolescencia violencia intrafamiliar y el 25,9% sufrió abuso sexual.

Como se puede apreciar las características sociodemográficas de las personas que ingresan a la cárcel, tienen directa relación con los antecedentes de la población más empobrecida del país. Como encuadre para el análisis que sigue,

se comprende la pobreza como un problema estructural que exige el reconocimiento de tres elementos que la constituyen como un todo: *“el pobre(sujeto), la pobreza (contexto) y el empobrecimiento (como proceso)”*(Gatica Lara, Revueltas Peralta, Ramírez López, & Vega Estrada, 2008). En este sentido la *“pobreza es distinta al empobrecimiento: la primera designa las condiciones sociales de reproducción de los individuos y es pertenencia del individuo; el segundo señala las condiciones de vida que llevaron a esos individuos a obtener su condición de pobre”* (Gatica Lara et al., 2008).

El contexto socio-histórico, experimentado en Chile, desde la década de los ochenta, evidencia cambios estructurales, en donde el crecimiento económico ha estado acompañado por la generación de altos niveles de desigualdad de ingresos; cambios en las estrategias de movilidad social utilizadas por las clases sociales más bajas, el aumento del consumismo ha posibilitado la ampliación del acceso al crédito, generando aspiraciones, ya no centradas en el nivel de ingreso o status ocupacional, sino más bien en la capacidad de consumo y los estilos de vida (Franco, Hopenhayn, & León, 2011).

En este sentido, vale preguntarse cómo están determinadas las oportunidades para lograr el éxito material en la sociedad chilena, puesto que, para gran parte de la población, dicha ruta de oportunidad ha sido bloqueada por las diferentes desventajas y restricciones sociales, en donde la conducta delictiva co-existe con actitudes y valores pro-sociales, y la naturaleza convenida de las aspiraciones humanas, obstaculiza el proceso de abandono de la conducta delictual. (Instituto de Sociología de la & Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015)

#### 1.5.- MISIÓN DE GENDARMERÍA DE CHILE: INSTITUCIÓN QUE ALBERGA A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN CHILE.

Continuando con la trayectoria de vida narrada en los párrafos anteriores, en donde se señala que casi el 50% de la población penal adulta pasó por algún centro de menores, ya sea por un acto delictual o por vulneración de sus derechos

en la infancia, ese 50% se encuentra, actualmente, a cargo Gendarmería de Chile, institucionalidad que alberga a las personas privadas de libertad, el cual es un organismo dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, responsable del sistema carcelario en Chile.

Gendarmería de Chile, desde su discurso declara como misión:

*“atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que les señala la ley”(Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2010).*

Los objetivos estratégicos de la Institución se circunscriben a:

*“(1) Garantizar el cumplimiento eficaz de la detención preventiva y de las condenas que los Tribunales determinen, previniendo conductas y situaciones que pongan en riesgo el cumplimiento de este objetivo. (2) Proporcionar una atención y un **trato digno** a la población puesta bajo la custodia del Servicio, reconociendo y respetando los **derechos inalienables de las personas**, entregando un conjunto de **condiciones básicas de vida** que faciliten el ejercicio de los **derechos no restringidos** por la reclusión. (3) Fomentar conductas, habilidades, destrezas y capacidades que incrementen las probabilidades de **reinserción social** de la población penal, involucrando en este proceso a sus familias, instituciones, empresas y comunidad en general”(«Gendarmería de Chile», s. f.).*

La Atención, desde su discurso implica:



*“proporcionar a las personas reclusas un conjunto de condiciones básicas en materia de: infraestructura, higiene ambiental, alimentación, vestuario personal y ropa de cama, aseo personal, atención de salud, facilidades de comunicación, atención espiritual, acceso a la educación, al trabajo, a la cultura, a la información, al deporte y recreación, de las que ha sido privada como consecuencia de la reclusión, de manera de aminorar el deterioro físico y psicológico de ella, evitar causar daños innecesarios y facilitar el ejercicio de los derechos no restringidos por la reclusión”* («Gendarmería de Chile», s. f.).

En cuanto a la vigilancia se plantea, la disposición de manera directa o a través de terceros de una:

*“observación activa, atenta y personalizada de la conducta de las personas puestas a su disposición, en cualquier condición, con el fin de prevenir toda acción que pueda atentar contra el deber institucional de hacerlas cumplir con la pena impuesta; de ponerlas oportunamente a disposición de los Tribunales cuando éstos lo soliciten. En el caso de la población penal con Medidas Alternativas a la Reclusión o con Beneficios Intrapenitenciarios, la vigilancia adquiere el carácter de control del cumplimiento de las medidas restrictivas de libertad”*(«Gendarmería de Chile», s. f.).

Y, finalmente, en cuanto a la Asistencia se plantea que de manera directa o a través de terceros:

*“se estimule el desarrollo de condiciones individuales de las personas condenadas, durante el período de permanencia en el sistema penitenciario, para lograr la modificación de conductas y motivaciones que inciden en la génesis de los actos delictivos y*

*en la preparación del individuo para su incorporación activa en el medio libre”. («Gendarmería de Chile», s. f.)*

Gendarmería de Chile, a nivel nacional, distribuye su servicio en 84 establecimientos dedicados al sistema cerrado, 21 Centros de Educación y Trabajo, 41 Centros de Reinserción Social y 19 Centros de Apoyo para la Integración Social (CAIS).

Cabe señalar, que el modelo imperante en Chile, que se derivó de la Constitución del 80, ha determinado el tipo de políticas y prácticas desarrolladas en los contextos carcelarios, incorporando a diferentes actores con intereses políticos y económicos, pues, incluso, el Estado ha permitido la asociación público-privada para la provisión de servicios en la gestión penitenciaria, participando el Estado y privados en su desarrollo, dando lugar entre el año 2005 y 2007 a la construcción y ejecución de cárceles concesionadas. El Plan original contemplaba diez recintos, sin embargo, a la fecha sólo se han ejecutado 8 construcciones, distribuidas geográficamente en Alto Hospicio, La Serena, Rancagua, Santiago I, Valdivia y Puerto Montt, los penales de Concepción y Antofagasta tuvieron que ser construidos por el Estado y los de Santiago II y Talca nunca se realizaron.

Según sus estadísticas, el país tuvo una población penal al 31 de Julio del 2019, de 141.082 personas, con una distribución del 88,8%, correspondiente a hombres y 11,2% correspondiente a mujeres. Los que se encuentran distribuidos en los siguientes subsistemas: Cerrado (50.749 personas), Abierto (63.306) y el postpenitenciario (27.027 personas). En este sentido y como parte de la construcción y reflexión sobre el problema propuesto cabe preguntarse: ¿cómo vivencian las 50.749 personas que se encuentran habitando el sistema cerrado de Gendarmería de Chile (cárceles), su ruta de vida y salud en dicho espacio?, ¿La Institución de Gendarmería de Chile, logra cumplir con su misión declarada? y ¿Cuál es el rol que ha asumido el Estado Chileno para el cumplimiento de una privación de libertad que propicie una ruta de oportunidad al momento del egreso?.

## 1.6.- DEL ESTADO DE SALUD AL PROCESO DE ENFERMAR: LA VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS.

*“La cárcel es un lugar donde estamos privados de libertad por nuestros propios errores, tanto por ser delincuentes, como por haber nacido pobres”. (Hombre, chileno participante de los círculos de reflexión sobre el Derecho a la Salud)*

La Declaración de Derechos y Deberes de la Constitución de la República de Chile de 1980 no reconoce el Derecho a la Salud, sólo deja de manifiesto en el artículo 19, el derecho a la protección de la salud, para lo cual el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de todos quienes habitan el territorio nacional, incluida la población privada de libertad, sin embargo, se evidencia una serie de estudios e informes que se ocupan de documentar y denunciar las condiciones de salud de los contextos carcelarios y las vulneraciones de derechos, a las que se ven expuestas las personas privadas de libertad en Chile.

Las condiciones estructurales y sanitarias, en que permanecen los internos en los recintos penitenciarios, se ha constituido en uno de los temas más críticos, desde el punto de vista del respeto a los derechos humanos y el de salud, en particular. Existen importantes carencias en cuanto a infraestructura y recursos, cuestión que transforma a la cárcel en un lugar con graves deficiencias para la satisfacción de necesidades básicas y de las condiciones de vida, entre ellas, el acceso oportuno a la atención de salud (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2018).

La situación de salud de la población penal es menos saludable que la población general, y la prevalencia de enfermedades infecciosas, crónicas y de riesgo, es significativamente mayor en condiciones de encarcelamiento. Además de las

enfermedades infectocontagiosas, el consumo de sustancias tiene una alta prevalencia al interior de las cárceles, y los trastornos de salud mental están sobre representados en ella(Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, Universidad de Chile, 2008).

Asimismo, se ha evidenciado que al sistema de cárceles en Chile, *“le falta buena salud y atención médica especializada”*(Estados Americanos, 2008), lo que se traduce en la muerte frecuente de grupos de internos por causas evitables, un alto nivel de hacinamiento en los centros de privación de libertad para mujeres, condiciones de insalubridad extremas, falta de atención médica especializada para las mujeres y de servicios pediátricos para sus hijos de corta edad, que están con ellas en prisión y la presencia de ancianas en centros que no cuentan con servicios geriátricos y alimentación adecuados a su edad(Gutiérrez, 1994).

Se visualizan precarias condiciones de higiene, pues el acceso al aseo personal es complejo, así mismo las condiciones de aseo de las celdas son precarias y dan lugar a enfermedades infecciosas, siendo, muy común, que en las celdas abunden cimex lectularius (chinchas de cama) y sarna. En muy pocos penales, las personas pueden hacer efectivo el derecho a la salud sexual y reproductiva y, sólo se ha avanzado en un programa que les permite postular al beneficio de venusterio, conocida como la visita conyugal, en donde se les autoriza mantener relaciones sexuales con sus parejas en un dormitorio acondicionado para ello. Al ser abordado como un beneficio, no todos pueden acceder, por lo que se siguen utilizando como parte de su cultura los famosos “camaros”, que son una especie de carpa instalada por los mismos internos, en algún sector del espacio común, dentro del horario de visita, para poder intimar con sus parejas(Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2014).

Por otro lado, existen dificultades para acceder a la atención secundaria, pues en primera instancia se debe dar una atención primaria al interior del recinto, la que por si tiene complejidades de acceso y los procesados tienen que pedir permiso al

tribunal y los condenados al Alcaide Mayor del Centro de Cumplimiento Penitenciario, lo que implica una segunda barrera para acceder a la atención secundaria(Hoffman, 2009).

Se ha constatado, además la brecha en la afiliación en FONASA (Fondo Nacional de Salud – Seguro Público de Salud), a la que se ven expuestas las personas privadas de libertad, una vez que ingresan a un establecimiento penitenciario, evidenciándose dificultades en cuanto a la gestión de su afiliación, lo que repercute en el acceso a la atención en la red asistencial más cercana al momento que lo requieran.

En diciembre del año 2010, Chile fue remecido por un incendio en la Cárcel de San Miguel, en donde un grupo de internos de la torre cinco, cuarto piso, ala sur, comenzaron a ingerir alcohol, generando una riña. Los bandos estaban subdivididos en “la pieza chica” y “la pieza grande”, espacios, particularmente precarios, desprovistos de iluminación y ventilación, donde habitaban 146 personas, lo que equivale a un 300% de hacinamiento. Durante la riña se utilizaron elementos punzocortantes de distintas dimensiones y un balón de gas, que fue acondicionado como lanzallamas. El incendio ocasionó la muerte de 81 internos, quienes murieron como consecuencia de la inhalación de gases tóxicos, ya que no fueron oportunamente evacuados.

La pregunta que surge de entrada es ¿Por qué no fueron asistidos?, la evidencia da cuenta de que los funcionarios de Gendarmería de guardia del recinto, no pudieron prevenir estos acontecimientos, ya que no efectuaron las rondas al interior de las torres, tal como lo exige su reglamento, permaneciendo en el perímetro externo del recinto, tampoco actuaron frente a los gritos ni al desplazamiento de estoques de más de dos metros por los muros externos de la torre. Las llamas se propagaron alrededor de las 5:00 horas y los bomberos fueron alertados del siniestro a las 05:47 horas, por la llamada efectuada por un interno. Los funcionarios no utilizaron los escasos mecanismos ni protocolos de

emergencia existentes, además, la infraestructura disponible (mangueras, red seca y húmeda) no funcionó.

La muerte de los internos evidenció las indignas condiciones carcelarias en que vivían, cerca de 54.000 personas en ese entonces, en Chile, así como la ausencia de una política pública, destinada a corregir tales condiciones. Cabe señalar que el veredicto absolvió a los ocho funcionarios de Gendarmería de Chile, acusados como coautores de los cuasidelitos de homicidios y lesiones reiteradas (Fernández Neira & García Fregoso, 2015).

Producto de las distintas presiones de organismos nacionales, como internacionales, Gendarmería de Chile en el año 2014, creó la Unidad de Protección y Promoción de los Derechos Humanos, teniendo como funciones:

- A nivel nacional, promover la construcción de una cultura que reconozca el respeto, la protección de los derechos y garantías de las personas privadas de libertad.
  
- Coordinar y asesorar en las subdirecciones, direcciones regionales, Escuela de Gendarmería y los departamentos de la Institución, en el desarrollo e implementación de programas y planes orientados al cumplimiento de los DD.HH.
  
- Promover el desarrollo de actividades de capacitación en el marco de los DD.HH. que incentiven su aplicación al interior del Servicio.
  
- Coordinar la entrega de información y colaborar en la elaboración de informes relativos a la materia, solicitados por organismos, tanto nacionales como internacionales, encargados de observar su cumplimiento («Gendarmería de Chile. Unidad de protección y promoción de los derechos humanos», s. f.).

Esta unidad, impulsó la realización de la Primera Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria (Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH, 2014). A partir de sus resultados, se constata una primera aproximación a las inequidades que vivencian hombres y mujeres privados de libertad. Respecto al contexto sociopolítico, comprendido como los factores del sistema político y social, que inciden en la calidad de vida y las desigualdades que afectan a las personas, la encuesta revela el escaso acceso que se tiene al Sistema de Protección Social, en donde los internos e internas, en bajos porcentajes se han vinculado con ellos, tanto en programas de capacitación laboral (29,1%), de educación (32,4%), apoyos psicosociales (22,9%) y en menor medida, en programas vinculados a la recreación y cultura (19,7%).

Por otro lado, las circunstancias materiales, que hacen alusión a las condiciones en que las personas nacen y se desarrollan durante su ciclo vital, lo que influye en sus formas de subsistencia y posibilidades de satisfacer sus necesidades, siguen siendo precarias en el contexto carcelario. Ejemplo: los datos demuestran que aún existe una brecha de mejora en las condiciones medioambientales, de habitabilidad, de acceso a bienes y de trabajo, en donde, sólo 30,4% ha trabajado de manera remunerada, los espacios en las celdas siguen siendo insuficiente, sólo 48,5 % declaró tener un baño en buenas condiciones y sólo un 60% considera que duerme en un lugar limpio.

Respecto a los factores conductuales que inciden en la calidad de vida de las personas, los datos revelan la necesidad de potenciar acciones de promoción en el ámbito de la nutrición, la actividad física y recreación y el consumo de drogas.

La ocupación sobre los factores psicosociales y la cohesión social, es otro desafío, pues el entorno carcelario en el que las personas se desenvuelven, la falta de apoyo social, el estrés y el poco control sobre sus vidas, afecta negativamente sobre la situación de su salud. Ejemplo, sólo 22,9% declara haber participado en algún taller psicológico o social y, con fuerza, 66,5% proclama la necesidad de

contar con mayores beneficios penitenciarios, que desde la óptica del enfoque de derechos humanos no se vincula con privilegios, sino más bien con la igualdad de condiciones, que se debiese tener con las mujeres y hombres, que en su calidad de ser humano cohabitan un espacio de nuestra sociedad.

Cabe destacar que respecto de la atención de salud, los resultados, son desoladores, 80,4% señala que el acceso a la atención médica o de enfermería no es de fácil acceso y que cuando accede, sólo 19,8% la considera de buena calidad.

Lo anterior, se valida con los hallazgos del estudio titulado “Atención de salud en los centros de cumplimiento penitenciario: un desafío pendiente para la salud pública en las provincias de San Felipe y Los Andes”(Iturrieta & Tetelboin, 2016) realizado en el año 2014. En él se confirman los hallazgos de los organismos internacionales y nacionales, permitiendo dar visibilidad a esta problemática y configurándose, como un tema preocupante desde lo público. Los resultados dan cuenta de una contradicción, entre lo dispuesto por los reglamentos de Gendarmería de Chile y los hallazgos de la investigación, ratificándose condiciones de vida indignas (hacinamiento, violencia, fractura familiar, sometimiento etc.), contextos sanitarios deficientes, tensión entre la relación médico-paciente, escaso acceso a la atención médica especializada, problemas de salud mental escasamente abordados, escaso abordaje de las indicaciones de dietas alimenticias diferenciadas y presencia de causas de mortalidad evitables.

A nivel particular, el estudio evidenció que la Salud, está vinculada sólo a las prácticas de atención de la enfermedad. En general, la atención se lleva a cabo por solicitud espontánea, por parte de los internos, sin contar con una programación preventiva; los técnicos paramédicos, son la figura troncal del proceso de atención dentro de los espacios denominados “Unidad de enfermería”. El médico, con escasas horas de servicio en cada centro de atención penitenciario, es quien tiene la facultad de derivar, por lo que las complejidades de



salud de los internos en los horarios que no se encuentra el médico, queda frecuentemente a criterio del funcionario de turno, a cargo del Centro de Cumplimiento Penitenciario.

Para efecto de resolver las urgencias, existe una buena coordinación con la red de Salud, ejemplificada en la coordinación que se tiene con el servicio de urgencia (SAPU) más cercano al recinto penal. Desde el discurso del equipo de Salud existe entrega de fármacos, pero ello es cuestionado por los internos. Por parte de los funcionarios y profesionales se verbaliza una valoración positiva a los procesos de atención y condiciones para ésta. Sin embargo, dichos relatos se contraponen a lo expresado por los internos e internas, quienes en su mayoría demandan una atención oportuna, humana y la integración de acciones de prevención y promoción pertinentes al espacio que habitan. En este sentido, se evidencia la pérdida de autonomía por parte de los internos, remitiéndose la atención en salud a lo establecido por los centros de cumplimiento penitenciarios y no en función de lo que establece la normativa vigente.

Por otro lado, la Corte de Apelaciones de Santiago, ha estado sistemáticamente emitiendo informes, en donde da cuenta de las precarias condiciones de habitabilidad a la que se exponen las personas privadas de libertad. En uno de los recientes informes emitido en el año 2016, se revela una cantidad considerable de internos que duermen casi apilados, unos sobre otros, en reducidos espacios, con nula ventilación y luz natural, en condiciones insalubres, con presencia de chinches y otros parásitos. En segundo lugar, persisten las instalaciones eléctricas irregulares, lo que constituye una amenaza permanente, no sólo de electrocución, sino que también, como agentes, potencialmente generadores de incendios. En tercer lugar, respecto a la alimentación, se registraron quejas de los internos sobre la entrega en ocasiones de alimentos fríos y panes semicongelados, además de la entrega de alimentos en una bandeja desprovista de cubiertos, lo que obliga a los internos a consumirlos con la mano, atentando a un aspecto elemental de dignidad humana. En esta misma línea, se advierte el prolongado tiempo en que los

internos permanecen sin alimentación, debido a que cenan a las 17:00 hrs., debiendo esperar el desayuno que se sirve a las 9:00 de la mañana del día siguiente(*Conclusiones informe cárceles segundo semestre 2015*, s. f.).

Dichos antecedentes ponen en evidencia que:

- (1) Las condiciones de las cárceles de Chile favorecen la pobreza y exclusión, impactando en la calidad de vida y salud de las personas que allí cohabitan, en sus familias y en los propios funcionarios y profesionales, que se desempeñan laboralmente en dicho espacio, en donde se reafirma a partir de los aportes de Rosen que *“...las relaciones entre la gente, las condiciones en las que nacen, se desarrollan y trabajan; su edad, medio, distribución territorial, suelo en que viven, el agua que beben, su nivel económico, su nutrición, etcétera, todo se debe relacionar con las enfermedades, con la duración de la vida y con la mortalidad, a fin de determinar las causas que conducen a la enfermedad y a la muerte prematura”*(Rosen, 1986).
- (2) La incorporación de la población privada de libertad a las políticas de salud pública es un desafío necesario para la intervención carcelaria, puesto que los internos, al no recibir un tratamiento apropiado mientras están en la cárcel, pueden retornar a sus comunidades, representando riesgos y amenazas para su salud, su familia y la salud pública, en general(Villagra Pincheira, 2008).
- (3) Existen complejidades que se materializan en la orgánica estructural del fenómeno penitenciario, entre las que destacan: El rol que ha asumido el Estado Chileno y el Ministerio de Salud en Chile en esta materia, quien declara como Misión en su discurso la necesidad de *“construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones*

*durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”(MINSAL, s. f.)*

Dicho discurso trae consigo repercusiones políticas, económicas e ideológicas en la praxis en Salud, tensionando la posibilidad de garantizar el Derecho a la vida digna y a la salud, en particular, en los contextos carcelarios, lo que nos lleva a cuestionar: (a) la acción de la Salud Penitenciaria en Chile, comprendida, como el conjunto de bienes y servicios encaminados, a preservar y proteger la salud de las personas que habitan en los recintos penitenciarios y a (b) reflexionar el entramado que cruza la salud como construcción social, tomando en consideración los aportes que hace la salud colectiva al análisis de contextos divergentes y objetos de transformación que están tensionados históricamente, en este caso el Derecho a la Salud en los contextos penitenciarios.

## **SEGUNDA PARADA: EL PROBLEMA, LOS OBJETIVOS DE CONOCIMIENTO Y LAS PREMISAS INICIALES QUE DETERMINARON EL CAMINO A RECORRER.**

### **2.1.- EL PROBLEMA Y LA PERSPECTIVA TEÓRICA METODOLÓGICA PARA SU ABORDAJE.**

A partir de los antecedentes presentados previamente, se puede argumentar que el modelo de sociedad de mercado, vigente en Chile, ha propiciado la presencia de relaciones mercantiles, lo que trae consigo repercusiones políticas, económicas e ideológicas en los polos de pobreza y desarrollo que caracterizan a este país y por ende en la direccionalidad de las Políticas Públicas de Salud dispuestas para la población general y para los contextos carcelarios en particular.

Las consecuencias de dicho modelo pueden ejemplificarse en la situación real de los contextos carcelarios, en donde las condiciones de vida y salud a la que se ven expuestas las personas privadas de libertad, vulnera el Derecho a la Salud y a la vida digna.

Este marco de la realidad es el que ayudó a la investigadora a transitar hacia el problema de conocimiento, el que sienta sus bases en el desconocimiento de las significaciones presentes, tanto en la disposición normativa, en las prácticas y creencias que tienen los actores sociales sobre la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad como ser social y la real posibilidad de ejercer el derecho a la salud, partiendo de tres argumentos esenciales para su conformación:

(1) Como parte de la problematización del objeto de estudio, se consideró la articulación de la mirada histórica social del presente al pasado, comprendiendo a partir de los aportes de Laurell, *“que los procesos donde tienen lugar son circunstancias que los individuos han construido en el devenir y cada una de esas*

*circunstancias están definidas bajo condiciones y contextos específicos de la sociedad; es decir, que no se puede dar cuenta de ello al margen del momento histórico en el que se desarrolla”* (Laurell, 1982), en este sentido se hace necesario remirar como se ha mostrado la relación **Estado- Sociedad** para la construcción histórica de las significaciones presentes en los distintos actores sobre el ejercicio del derecho a la salud en el contexto carcelario.

(2) El proceso de Salud- enfermedad- atención es dialéctico y está determinado socio históricamente, se asume la Salud como un derecho fundamental y, por ende, la investigadora asumió una postura ético-política respecto al recorte de la realidad que se quiso estudiar, en este sentido, una segunda categoría de anclaje del problema, es el cuestionamiento sobre el reconocimiento, protección y garantía del **Derecho a la Salud** en el contexto carcelario.

(3) Finalmente, se propició un camino distinto para realizar el recorte de la realidad de estudio y el diseño del proceso de investigación, teniendo como impronta una mirada no paramétrica(Zemelman, 2006), en donde se dispuso de una apertura para realizar un camino inverso en la búsqueda del objeto de conocimiento y concentrarnos en la búsqueda de relaciones, teniendo como premisa que los objetos se construyen, no están dados y que las formas de construirlo van a ser exigidos por el mismo objeto. En este sentido la preocupación se centra en el marco de significaciones que determinan el posicionamiento ético- político y las relaciones de poder que se gestan en la **Política Pública** por parte de los distintos actores y a diferentes niveles, para el ejercicio del Derecho a la salud en los contextos carcelarios.

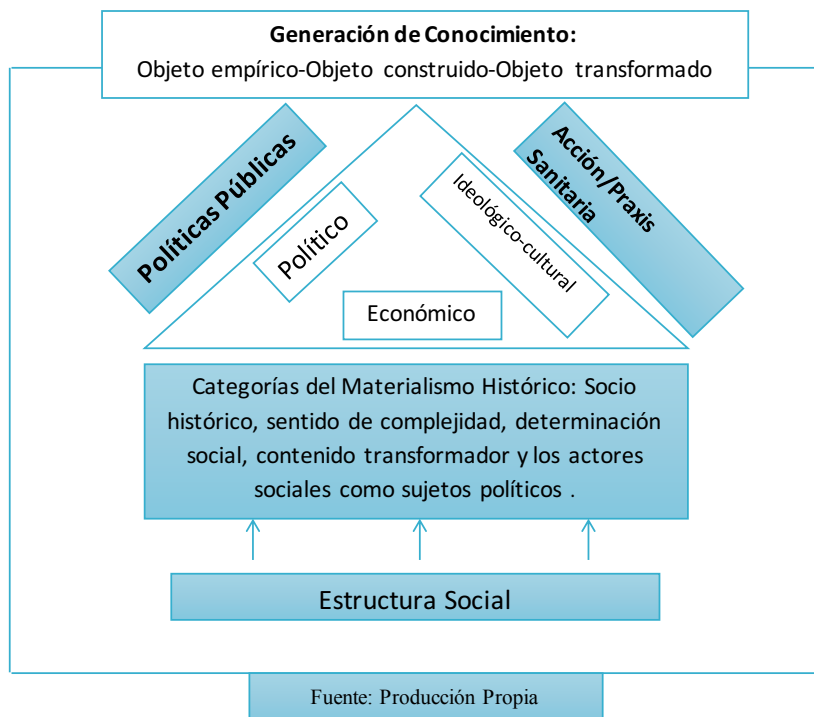
Desde estos postulados, la perspectiva teórica asumida para la construcción del problema de estudio ha sido la Determinación Social, colocando en valor la mirada histórico social, el sentido de complejidad, el contenido transformador y el rol protagónico que tienen los sujetos sociales en la definición de las significaciones y transformaciones sobre sus vivencias del proceso de salud-enfermedad-atención.

Esta mirada, da cuenta que la salud y la enfermedad son partes de un mismo proceso, el que atraviesa una dimensión material y simbólica y que, por tanto, como fenómeno social tiene sus raíces en la dimensión socio histórica, en donde las dimensiones económicas, políticas e ideológico-culturales se vinculan a la estructura social y determinan el quehacer en salud desde una historia, una temporalidad y un espacio territorial.

Lo anterior, posiciona una triada (Imagen N°1) que da cuenta del quehacer de la Salud Colectiva, en donde se interrelaciona la generación de conocimiento, la definición y diseño de políticas públicas y la praxis sanitaria. Lo social, determina lo biológico y, por ende, tiene niveles de producción y reproducción, así como, también, niveles de complejidad que configuran los modos de vida. Finalmente, desde la mirada de la Salud Colectiva, las personas se configuran como *sujetos políticos*, lo que permite pensar como posibilidad que sean gestores de sus propios *procesos de transformación* y de la lucha por el reconocimiento de la Salud, como un Derecho Fundamental (López Arellano, 2013).

**Imagen N°1**

**Perspectiva Teórica para el Análisis del Problema de Investigación**

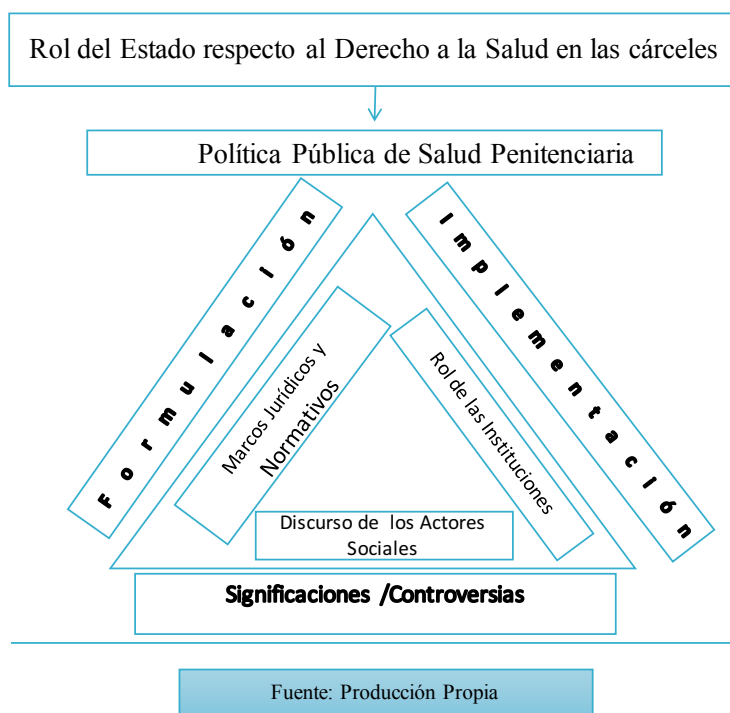


A partir de lo anterior el problema de conocimiento, deja en evidencia una triada inseparable para el abordaje metodológico, el que se operacionaliza en la necesidad de conocer las significaciones presentes en (a) las directrices jurídicas y normativas de la Política de Salud Penitenciaria, (b) la formulación e implementación de la política pública de Salud Penitenciaria, tanto a nivel institucional, como a nivel de los actores sociales y (c) respecto a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad y el Estado, como garante del ejercicio del Derecho a la Salud, en las cárceles de Chile.

Para dar respuesta a la comprensión de este problema, se propone un modelo de análisis metodológico (Imagen N°2), que tiene como base indagar en las significaciones sociales, comprendidas para efectos de este estudio, como el proceso de sentido que permea en los discursos, tanto orales, como escritos sobre el pensar, hacer y sentir de una cuestión determinada.

### Imagen N°2:

#### Perspectiva Metodológica para el Análisis del Problema de Investigación



En este sentido, nos encontramos con una tríada inseparable que se puede hacer visible a través del modelo de análisis presentado previamente, el que posiciona al fenómeno, como un campo de estudio complejo y multidimensional, en el sentido de que hace visible la complejidad de su historicidad, y, por ende, la proyección que tiene el Estado a través de las Políticas Públicas del pleno desarrollo del Derecho a la Salud en el contexto carcelario.

Para dar sustentabilidad a lo anterior se propuso el abordaje de la siguiente pregunta de Investigación:

¿Cuáles son las significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria, sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, narradas por los actores institucionales y las personas privadas de libertad, en dos cárceles públicas de la V Región de Chile, en el período 2012-2018?

Desde la mirada de la Salud Colectiva, como aproximación teórico-metodológica, el estudio se propone realizar aportes desde dos miradas: (1) Desde lo teórico, colocando la mirada socio histórica de la salud penitenciaria como un problema vinculado a la disposición ético- política de la salud como bien público, con el fin de generar conocimiento que aporte a la construcción de una mejor salud y buen vivir de las personas privadas de libertad. (2) En segundo lugar, se apuesta por una contribución metodológica, en donde el diseño narrativo permitirá recuperar una mirada compleja del problema, dando lugar a las narrativas de los distintos actores, posicionando las significaciones y controversias como un aporte al monitoreo y seguimiento de la política y a la transformación social basada en los fundamentos y principios de la Salud Colectiva, en donde tanto los sujetos políticos, como operativos y las personas privadas de libertad en compañía de la propia investigadora, fueron partícipes de la construcción del objeto transformado.



## 2.2.- OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

En la presente investigación, se reconoce el objeto de estudio y su operacionalización a través de objetivos, como un primer tratamiento de deconstrucción, para, en adelante, hacer lo propio con cada uno de ellos, a fin de acercarnos a sus componentes, como partes del todo, asumiendo que *“la investigación en salud colectiva enfrenta los retos de desplegar la trama teórica y metodológica que fundamenta sus propuestas, avanzar en una mayor comprensión de las relaciones del individuo en la colectividad y profundizar en la temporalidad de los procesos”*(Guarnizo-Herreño et al., 2018). En este sentido los objetivos propuestos son los siguientes:

### OBJETIVO GENERAL:

Analizar las significaciones y controversias sobre el ejercicio de Derecho a la Salud en la formulación e implementación de la política pública de salud, ejemplificado en el contexto de las cárceles de la Provincia de San Felipe y Los Andes, de la V Región de Chile.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Documentar la formulación de la política pública de Salud Penitenciaria desde los marcos jurídicos y normativos institucionales, respecto al rol del Estado en el ejercicio del derecho a la salud de las personas privadas de libertad en las cárceles de Chile.
- 2.- Caracterizar la implementación institucional de la política pública de salud, dispuesta en Gendarmería de Chile, desde las narrativas de los actores a nivel nacional, regional y local.
- 3.- Interpretar las significaciones de los actores políticos, operativos y las personas privadas de libertad, respecto a la cárcel, y la posibilidad de ejercer el Derecho a la Salud en el contexto carcelario.

### **TERCERA PARADA: ¿DESDE QUÉ POSTULADOS TEÓRICOS VAMOS A IR MIRANDO LA CONFIGURACIÓN DEL PROBLEMA Y LOS HALLAZGOS EN EL CAMINO RECORRIDO?**

3.1.- POSTULADO N°1: EL MATERIALISMO HISTÓRICO COMO ENFOQUE TEÓRICO Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL COMO CATEGORÍA DE ANÁLISIS DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS.

*“Las prisiones son muchas cosas al mismo tiempo, instituciones que representan el poder y la autoridad del Estado, arenas de conflicto, negociación y resistencia; espacios para la creación de formas subalternas de socialización y cultura; poderosos símbolos de modernidad (o de la ausencia de ella), artefactos culturales que representan las contradicciones y tensiones que afectan a las sociedades; empresas económicas que buscan manufacturar tanto bienes de consumo como eficientes trabajadores; centros para la producción de distintos tipos de conocimiento sobre las clases populares y, finalmente, espacios donde amplios segmentos de la población vive partes de sus vidas, forman su visión del mundo y entran en negociaciones e interacciones con otros individuos y con autoridades del Estado”* (Aguirre, 2009).

La Salud Colectiva, ha estado trabajando en la construcción integral de su objeto de estudio y, por ende, su preocupación se vincula con el alcance de una práctica

integral de transformación, relacionada a los procesos de determinación que implican modos históricos estructurales, lo que conlleva a la emancipación de los grupos sociales y la superación de las desigualdades sociales (Bertolozzi & De la Torre, 2012). Es así como se ha preocupado por comprender de manera holística los procesos de salud-enfermedad-atención, los que se enmarcan en un contexto sociocultural que, en ocasiones, es diverso y que, por ende, a diferencia de la mirada salubrista convencional, su ocupación está en generar conocimiento y propuestas de solución a las necesidades y problemas de salud, que presentan las colectividades, siendo el caso particular de esta tesis, los contextos que se circunscriben en las cárceles de Chile.

Esta mirada cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo, y se permite avanzar hacia interpretaciones sustentadas en el materialismo histórico, las teorías del conflicto social y las teorías críticas dispuestas por las Ciencias Sociales (Morales-Borrero, Borde, & Eslava-Castañeda, 2013), asumiendo la familia, la sociedad civil y el Estado, como instancias, en donde se reproducen históricamente las subjetividades, dando lugar al análisis de la Totalidad (Morales-Borrero et al., 2013).

En el presente proceso investigativo, ha sido medular incorporar los matices que ofrece el Materialismo Histórico como enfoque teórico para el análisis del contexto de salud, en los recintos carcelarios, en donde tiene lugar como categoría central de abordaje la Determinación Social, la que visibiliza y ubica el fenómeno de la salud desde una mirada compleja y multidimensional, dando espacio al análisis de los procesos estructurales que la conforman («El Debate y la acción frente a los determinantes sociales de la Salud. Documento de posición conjunto ALAMES y CEBES», 2011).

Es así como se incorpora la conceptualización del proceso salud-enfermedad, como un proceso determinado social e históricamente, en el cual se interrelacionan diferentes componentes en tres dominios de la realidad: el global,

particular y singular. El primero, coloca en valor los modos de vida, atendiendo las lógicas determinantes de los procesos generales o estructurales, incluye las dimensiones políticas, económicas, culturales y ambientales, desde un análisis de las lógicas de producción, el consumo y el rol del Estado. El segundo, estudia las dimensiones propias de las condiciones de vida, es decir, patrones de trabajo, consumo de bienes y servicios, creación y reproducción de valores culturales e identidad, cosmovisión y perfil de subjetividad, formas de organización de acciones para el beneficio del grupo, relaciones ecológicas y disfrute del ambiente. Y el tercero, se ocupa de analizar los estilos de vida, los cuales reflejan el fenotipo y genotipo, este ámbito incluye el itinerario típico personal, el patrón individual y familiar de consumo, las concepciones y valores personales- familiares, la capacidad de organizar acciones en defensa de la salud y el itinerario ecológico personal y familiar. (Cardona, 2016)

Desde este enfoque, la mirada histórico social, se explica en la medida que se comprende que la historia individual y colectiva, las condiciones materiales y simbólicas para sobrellevar los procesos de salud-enfermedad-atención y el tipo de relaciones que se establecen, determinan el modo de enfermar y el tipo de respuesta y que, por tanto, existen cambios, que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico, que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población, ni por la evolución de la práctica médica, sino más bien por el componente de historicidad (Laurell, 1982).

En este sentido, y tal cual lo señala el texto: "Discutir la cárcel, pensar la sociedad", es pertinente preguntarse: *"¿Qué representan las cárceles para la sociedad contemporánea? Podríamos decir que son muchas cosas: una manifestación del poder étático, pero, también territorio de conflicto, disputa y socialización; representan la tensión entre transgresión y castigo, que muchas veces equivale a sufrimiento. Asimismo, son lugares donde una parte de la población- por lo general pertenecientes a los estratos más bajos- pueden pasar parte de su vida. Y se tiene la convicción de que los establecimientos penitenciarios (como cualquier*

*institución estatal) reflejan y reproducen a la sociedad en que están insertos”* (Bardazano, Corti, Duffau, & Trajtenberg, 2015).

Para efectos de la presente investigación, se hizo necesario realizar un recorrido histórico-social acotado, sobre la integración de la prisión como un sistema social propio dentro de una sociedad (Sykes, Pacilio, Gual, & Odriozola, 2017), en donde las dimensiones políticas, económicas e ideológicas-culturales se tornan, con ciertas particularidades, en la cárcel como Institución Pública.

### 3.1.1.- DIMENSIÓN POLÍTICA DEL CONTEXTO CARCELARIO.

El origen histórico social de las prisiones en América Latina, durante el período colonial, da cuenta de que éstas no constituían espacios institucionales que se pudieran elogiar, de hecho, no eran instituciones importantes dentro de los esquemas punitivos implementados por las autoridades coloniales. En la mayoría de los casos, se trataba de lugares de detención para sospechosos que estaban siendo juzgados o para delincuentes, ya condenados, que esperaban la ejecución de sus sentencias.

En esos tiempos, los mecanismos de castigo y control social que se aplicaban, eran vinculantes a las acciones típicas de las sociedades de antiguo régimen, tales como ejecuciones públicas, marcas, azotes, trabajos públicos o destierro, de hecho ni siquiera se contaba con un registro de los detenidos y, por ende, el encarcelamiento de delincuentes, era una práctica social regulada más, por la costumbre que por la ley, lo que permitía almacenar detenidos, sin la implementación de un régimen punitivo institucional, cuyo eje central fuera su reforma (Aguirre, 2009).

Durante las guerras de Independencia y el período posterior, algunos dirigentes políticos comenzaron a expresar ciertas críticas a las condiciones de prisión de la época y de manera paralela a mediados del Siglo XVIII, se comenzaron a gestar

debates sobre temas penales en Europa y Estados Unidos, lo que trajo consigo cambios en la manera en que se castigaban los delitos.

El Cadalso (tablado ubicado en una plaza o lugar público para ejecutar la pena de muerte a los delincuentes, a quienes se les hubiese impuesto), fue someramente disminuido, dando lugar a la prisión, como eje articulador del sistema punitivo. En los aportes de Foucault, se comprende la desaparición del castigo público y su sustitución por la prisión moderna, no tanto, como una dulcificación de la pena, sino, más bien, como un cambio cualitativo, una modificación de propósitos, dando paso a medidas destinadas a afectar el “alma”, más que el cuerpo de los castigados(Foucault & Garzón del Camino, 2009).

Es así, como se comenzaron a gestar procesos de reforma, que consolidaron el rol del Estado como el único cuerpo legitimado para la represión del delito(Bardazano et al., 2015). De esta manera, a comienzos del siglo XIX, la penitenciaria fue adoptada como un nuevo modelo carcelario, que combinaba la incorporación de un diseño arquitectónico (el panóptico), una rutina que daba lugar al trabajo y a la instrucción, un sistema de vigilancia permanente y un trato supuestamente humanitario vinculado a valores religiosos. En el fondo, se instala la idea de que la respuesta, más adecuada para enfrentar los problemas de malestar, disturbio y peligro, era la de secuestrar a los delincuentes en espacios restringidos y separados de la sociedad, dando lugar en dicho espacio a las contradicciones sociales, las que permanecen presentes hasta nuestros días (Pavarini, 1995).

Este modelo, cautivó los imaginarios de algunas autoridades estatales de América Latina y fue así, como se dio lugar a la construcción de las primeras penitenciarias, entre las que destaca: La Casa de corrección de Rio de Janeiro, Brasil (1850), Penitenciaría de Santiago de Chile (1856) y la Penitenciaría de Lima, en Perú (1862).

En Chile, se reconoce el origen institucional de las prisiones desde el año 1911, con la presencia del Cuerpo de Gendarmería de Prisiones. Luego, las modificaciones que ha tenido el organismo responsable de atender, vigilar y contribuir a la reinserción de las personas sujetas a su cuidado, han sido sólo relativas a su denominación, conservando su esencia respecto a la misión que por mandato constitucional le asiste; en este sentido, la última modificación que tuvo fue mediante decreto ley N° 842 de fecha 30 de enero del año 1975, en donde, de Servicio de Prisiones, que era un organismo de defensa social, destinado, primordialmente, a la vigilancia y tratamiento de las personas reclusas en los establecimientos penales, con el fin de obtener su readaptación e incorporación a la comunidad, pasó a denominarse Gendarmería de Chile, tanto, por razones de orden histórico, como por la necesidad de revitalizar la mística profesional de la Institución, por lo que se estimó volver a la denominación de Gendarmería (Escuela de Gendarmería de Chile, 2016).

Las construcciones iniciales, estuvieron pensadas en su totalidad para la población masculina y en los años venideros una de las innovaciones implementadas en los países de Latinoamérica fue la apertura de prisiones y casas de corrección para mujeres, quienes habían estado, por lo general, detenidas en cárceles, diseñadas para hombres, lo que generaba un sinnúmero de abusos. Dicha iniciativa, fue liderada por parte de un grupo de filantrópicos y religiosos, teniendo presencia, de manera particular, las hermanas del Buen Pastor, congregación religiosa, que ya se había hecho presente en Canadá y Francia. Es así, como se dio lugar a la administración de casas de corrección, en Santiago de Chile en el año 1857, en Lima en 1871 y en Buenos Aires en 1880.

Cabe destacar que en esa época, el Estado se desentendió del tema de las instituciones de detención para mujeres, funcionando éstas como entidades semiautónomas, no sujetas a regulación o supervisión estatal, lo que implicó que estas prisiones no sólo fuesen habitadas por mujeres enjuiciadas o sentenciadas, sino también funcionaron como casas de corrección para esposas, hijas,

hermanas y sirvientas de los hombres de clase media y alta, que buscaban castigar o amonestar a éstas mujeres y jóvenes supuestamente descarriadas. (Aguirre, 2009).

Desde esta lógica, la premisa inicial que articula el contexto sociopolítico de la prisión, es que ésta no es un sistema autónomo de poder, sino un instrumento del Estado, moldeado por sus prerrogativas sociales, lo que se debe tener presente, como punto de entrada si se quiere comprender como funciona la cárcel (Sykes et al., 2017).

En este cuadro etnográfico, hombres, mujeres, niños y niñas que habitan las cárceles, en calidad de personas privadas de libertad, sobrellevan el proceso de salud-enfermedad desde una realidad y posición distinta, en donde la capacidad de decisión frente a la salud sólo encuentra respuestas en los constructos de poder, que se gestan en las relaciones que se configuran en dicho contexto. Según Foucault, entre el sujeto y el poder, existen tres tipos de luchas: las políticas, las económicas y las vinculadas a rechazar las formas de subjetividad, impuestas por la modernidad.

En el contexto carcelario, se reafirma, por ejemplo, que las estructuras de poder evidencian hegemonías, las que reproducen por cierto inequidades y es por ello que surge la necesidad de contar con espacios para el debate público, dentro y fuera del Estado, lo que potencia la aspiración de transformación social en salud, desde los distintos contextos y actores. Ahora bien, para comprender la complejidad de dicho contexto, necesariamente, debemos observar cómo se configuran las relaciones sociales intramuros, las decisiones sanitarias y de qué manera el Estado se hace cargo de potenciar contextos de salud, más equitativos e igualitarios, en donde el valor este puesto en cada una de las personas y en los derechos que amparan su calidad humana.



En este sentido, la determinación social, aporta con un eje transformador, que busca *“pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual, que, sin embargo, siguen siendo vitales, a un trabajo más amplio, pero necesario, por los derechos integrales humanos y de la vida”* («El Debate y la acción frente a los determinantes sociales de la Salud. Documento de posición conjunto ALAMES y CEBES», 2011). Avanzar desde dicha propuesta en el contexto carcelario, es, de vital relevancia, pues las personas que pierden su libertad y las familias vinculantes a dicha fractura, en general, renuncian a las potestades que definen a la ciudadanía, sus posesiones personales, sus marcadores de biografía y su personalidad.

A partir de esta mirada, tiene sentido la propuesta de Ferrajoli, quien parte de la premisa de que en nuestros días no se puede reducir los derechos del hombre a los derechos del ciudadano, por consistir, estos últimos, en un factor de exclusión y desigualdad. Y es así como la ciudadanía contradice la universalidad de los derechos reconocidos en constituciones estatales, declaraciones y pactos internacionales(Ferrajoli, Andrés Ibáñez, & Greppi, 2004).

### 3.1.2.- DIMENSIÓN ECONÓMICA DEL CONTEXTO CARCELARIO.

Las instituciones penitenciarias construidas inicialmente en América Latina por varias décadas representaban la única institución penal moderna, las que en un corto tiempo enfrentaron serios y recurrentes obstáculos financieros y administrativos, lo que se vio acompañado por las lógicas mercantiles circunscritas al desarrollo del capitalismo, en donde fue evidente el sentido de la cárcel vinculada *“al castigo-pena sobre aquellos que por medio del delito producían un daño a la sociedad y que debían reparar y el castigo-encierro, graficado en el secuestro de personas pertenecientes a sectores sociales que constituían una amenaza para el naciente orden social burgués y sobre los que había que “operar” y “devolverlos” a un sistema de producción como obreros dóciles”*(Alcira, 2002).

Este encuadre histórico, permite concebir la cárcel como una maquinaria institucional para pobres, quienes explican con su existencia las condiciones en que se desarrolla su detención y las expectativas que se tienen de ella. En este sentido, la persona privada de libertad, proyecta una pena que, por definición, debe ser *penosa*, lo suficientemente dura para que se logre el objetivo que el castigo tiene, en donde el criminal se visualiza como enemigo social(Foucault, 1978) y, por lo cual, se asume que *“el detenido debe vivir en la pobreza por un asunto de política pública: es un monje involuntario del siglo XX”*(Sykes et al., 2017).

Es, por lo anterior, que la prisión se vincula etnográficamente a contextos miserables, en donde se espera, desde la sociedad, que la miseria intramuros sea tan o más miserable, que la miseria exterior de los barrios y/o viviendas, desde donde provienen sus vidas y, en donde, luego, incluso se exige la reinserción y rehabilitación como política pública, asumiendo, que previo al ingreso penitenciario esa persona, provenía de una población «normal»(Tijoux, 2002), y es, precisamente ello, lo que sitúa la caracterización del término “población penal”, el que da cuenta de las condiciones estructurales de los sectores de vida de las personas privadas de libertad, destacando la arquitectura concentracionaria, lugares viejos y húmedos, piezas pequeñas, hacinamiento, carencia de espacios verdes, lejanía de los centros de intercambios y, en segundo lugar, la funcionalidad de su significación, entre las que destacan la: flojera, maldad, desconfianza, promiscuidad, desajuste familiar, anarquía e ignorancia(Tijoux, 2002).

Vinculante a lo anterior, Donald Clemmer, planteaba que la *“jerarquía social de la prisión reflejaba el estatus social de los reclusos previo al encarcelamiento, lo que se traduce en la existencia de tres grandes grupos: una élite, una clase media y una clase baja, en donde la inferioridad se visualizaba en la escasa conciencia de la identidad colectiva”*(Sykes et al., 2017).

Ahora bien, la economía capitalista ha exigido en el hacer, un poder disciplinario, en donde, confluye la sumisión de fuerzas y de cuerpos, dando lugar al capitalismo competitivo, el que responde adecuadamente a las necesidades disciplinarias del tiempo, vinculadas a la fuerza – trabajo, es decir, la producción de trabajo como mercadería. Esta necesidad obliga a pensar en la práctica institucional, como aquella en que, en los reducidos espacios de la exclusión, ha sido posible integrar coercitivamente a aquel factor de la producción que es el trabajo(Alcira, 2002).

En este punto Melossi y Pavarini, seguidores de Foucault, sostienen que la cárcel es *“una construcción contemporánea a la extensión del modo de producción capitalista, que derivaba de las casas de corrección y trabajo edificadas para el control y adiestramiento de los vagabundos expulsados del campo, desde el siglo XVI, con el fin de convertirlos en trabajadores, o disciplinarlos si se quiere, para el naciente capitalismo”*(León, 2017)

Es así como un elemento central incorporado en el funcionamiento de las primeras prisiones, fue la implementación de regímenes laborales en la vida cotidiana de los privados de libertad, asumiéndolo como parte de la terapia punitiva e, incluso para los detenidos de la época representaba una oportunidad para ganar algo de dinero, sin embargo, desde ese entonces las autoridades y empresarios privados se beneficiaban de la mano de obra barata que ellos representaban y lo proyectaban como una fuente de ingresos, que ayudaría a financiar los altos costos de mantenimiento de dichas instituciones(Sykes et al., 2017).

En ese entonces, hombres y mujeres detenidos, trabajaban en tareas y/u oficios vinculados a su sexo, como por ejemplo, los hombres en talleres de zapatería, carpintería, imprenta, entre otros y las mujeres en costura, lavandería, cocina y cuando se consideraba pertinente eran enviadas a trabajar, como sirvientas en las casas de familias catalogadas como “decentes”. En la actualidad dicha división de

los oficios, se sigue dando de manera sexista, en donde se mantiene para las mujeres labores manuales y de costura y para los hombres oficios que permita la infraestructura carcelaria, como, por ejemplo, la carpintería, sin embargo, cabe preguntarse ¿De qué manera dichos oficios posibilitan un retorno con herramientas que propicien una habilitación laboral en respuesta a las demandas del mercado?

Pero, además, reportajes constatan que el mercado laboral penitenciario discrimina y vulnera el derecho de igualdad. La persona privada de libertad se ve en una situación de menoscabo, respecto de una persona libre y lo peor de todo es que son vulneraciones que sustenta el propio Estado (Di Girolamo, 2015). Un grupo importante trabaja ofreciendo servicios de aseo, alimentación y mantención en los establecimientos penitenciarios, los que se conocen en la jerga carcelaria como “mozos”. Según estipula el estatuto laboral de las cárceles, esta ocupación, a pesar de demandar jornada completa, no es considerada como un trabajo, sino como una “actividad de formación para el trabajo”. Por esta razón, el ingreso promedio mensual de quienes la realizan corresponde al 22% del salario mínimo, o sea, 53 mil pesos mensuales.

La razón de ser es que logran ubicarse en zonas más seguras dentro del recinto y suben su puntuación de conducta para postular a beneficios como rebajas de condena, visitas de familiares e, incluso, el permiso dominical. Otro grupo ha sido vinculado laboralmente con empresas extramuros, para quienes las personas privadas de libertad representan un sector privilegiado de mano de obra, puesto que son un grupo de trabajadores cautivo, con menos pago y desconocimiento de sus derechos, los trabajadores tienen plena disposición horaria, ya que no pueden ausentarse del espacio laboral, no tienen derecho a huelga ni a sindicalización o negociación colectiva y para quienes se desempeñan en el rol de trabajadores acceder a este tipo de rutina diaria, aunque precaria, representa la única manera de aportar algo de dinero a las familias que dejaron afuera, por lo que es visto como un beneficio más que como el derecho a un trabajo digno.

Por otro lado, en este recorrido histórico, se pudo constatar que las prisiones en Latinoamérica desde sus inicios presentaron limitantes estructurales tales como: (1) sólo podían albergar entre 300 y 500 detenidos como promedio y (2) las limitantes económicas, impedían a las autoridades de las prisiones ofrecer comida, cuidado de salud, educación y empleos adecuados a las personas privadas de libertad.

Es así como la cárcel de principios de la década del 2000, se había convertido en un depósito de jóvenes pobres y quedó imbricada en las desigualdades sociales de la sociedad libre (Sykes et al., 2017). Según los antecedentes presentados en el estudio sobre las condiciones carcelarias en Chile, realizado entre el 2016-2017 por el Instituto Nacional de Derechos Humanos, se puede constatar un crecimiento de la población penitenciaria en América Latina, ubicándose Chile en el sexto lugar de los países de la región con mayores tasas de población carcelaria por cada cien mil habitantes, lo que se refleja en el crecimiento sostenido en las tasas de encarcelamiento que presentó el país entre 1991-2017, cuyos datos se presentan en la tabla que sigue (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2018).

**Tabla N°2**

**Población recluida en Chile y tasa cada 100 mil habitantes 1991-2017.**

<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa</b>
1991	20.872	157,2
1992	20.258	150,5
1993	20.490	150,4
1994	20.962	151,9
1995	22.027	157,7
1996	23.567	166,6
1997	25.137	175,5
1998	26.871	185,3
1999	30.051	204,7
2000	33.050	222,3
2001	33.620	223,3
2002	34.901	222,7
2003	36.331	229,4
2004	36.374	227,3
2005	37.033	229,1
2006	39.417	241,3

<b>2007</b>	43.602	264,2
<b>2008</b>	48.826	292,6
<b>2009</b>	52.947	313,7
<b>2010</b>	54.628	320,1
<b>2011</b>	53.606	310,7
<b>2012</b>	51.882	297,4
<b>2013</b>	48.108	272,9
<b>2014</b>	45.501	255,4
<b>2015</b>	44.946	249,6
<b>2016</b>	43.249	237,7
<b>2017</b>	42.214	229,7

Fuente: Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de Derechos Humanos sobre el derecho a la integridad personal. 2016-2017. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Santiago de Chile. 2018.

Con el paso de los años, en las prisiones inauguradas a principios del Siglo XIX, la escasez de recursos era asfixiante y la sobrepoblación no tuvo tregua, por lo que, no pudieron cumplir con sus promesas de higiene, trato humanitario y eficacia para combatir el delito y reencausar a los delincuentes. De esta manera, las instituciones penitenciarias fracasaron en el cumplimiento de sus promesas y, además, fueron utilizadas para sostener un orden social, en el que la exclusión política y social de amplios sectores de la población se convirtió en uno de sus baluartes y es, precisamente, dicho contexto el que permite comprender las condiciones económicas estructurales, con las cuales se desarrollan las cárceles de nuestros días.

### 3.1.3.- DIMENSIÓN IDEOLÓGICA- CULTURAL DEL CONTEXTO CARCELARIO.

Uno de los postulados centrales de la sociología, es que la conducta de los seres humanos no responde simplemente a sus propias decisiones individuales, sino bajo influencias culturales e históricas de acuerdo a los deseos y expectativas de la comunidad en la que viven.

Desde esta disciplina, la salud es parte del proceso de socialización del individuo, lo que encierra múltiples panoramas para la práctica médica familiar, siendo el resultado de la interacción de factores individuales, sociales, económicos y culturales. Según, Durkheim, la Salud, es un hecho social y, por tanto, una

expresión cultural, para la cual compartimos una serie de principios básicos saludables, que permiten la integración de las personas en el sistema social más cercano. Por otro lado, el sociólogo Anthony Giddens, plantea la enfermedad como una experiencia vivida, por lo que en ella también confluyen significados y patrones culturales, por lo que tiene dimensiones personales pero también públicas(Giddens, 2002).

En este sentido, la cultura es un acto de formación y reformación continua, y a la vez constituye una estructura de comportamiento que, para tener homogeneidad, necesita repetirse, jugando un rol trascendental el proceso de socialización. Sus cambios, implican no sólo transformaciones del medio, sino, también, de las personas y de las relaciones que establece con otros. Se comprende la cultura, según los aportes de Clifford Geertz como un *“sistema ordenado de significaciones y símbolos en virtud de los cuales los individuos definen su mundo, expresan sus sentimientos y formulan sus juicios(...) la cultura denota un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes ante la vida”*(Geertz, 2000)

Desde esta definición, se comprende que las personas se ubican en una localización, la que da sintonía a un espacio que se transforma en un lugar que cada quien ocupa en el entramado social y esa posición constituye legitimidad del significado de sus acciones en los procesos de producción y reproducción social. El lugar es el significante de las personas y las cosas. De esta manera, el orden social presupone un espacio que a la vez lo crea y transforma(Jensen-Pennington, 2012).

En los apartados anteriores, Sykes, reconoce la cárcel, como un sistema social propio, en donde se hace visible un colectivo de personas, un espacio social, una orgánica de funcionamiento y patrones significantes que dan cuerpo a un mundo de significados. En este mismo marco argumentativo, son múltiples los

determinantes sociales que ejercen influencia en el estado de la salud de las personas privadas de libertad y, en la calidad de vida que sostienen, entre los que destacan; los niveles de pobreza y exclusión, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias, los espacios de habitabilidad, el acceso a información, el acceso a la protección social, la discriminación por cuestiones de género, raza o edad, la inversión en salud pública y la vulnerabilidad frente al cambio climático.

La vida cotidiana que las personas privadas de libertad sobrellevan representa una rutina aprendida, salen de sus celdas, casas o carretas, todos los días e intentan participar en una variedad de actividades, que conforman la rutina diaria de la existencia institucional, bajo la dirección y supervisión de los gendarmes. En general, se distribuyen en rutinas particulares, según su posición dentro del sistema; inician con un desayuno, para luego dar lugar a dos ranchos (entrega de alimentos de manera colectiva en el patio), lavan su ropa, barren, hacen ejercicio en el patio, los que cuentan con recursos independientes trabajan en los talleres industriales, algunos mozos se desarrollan en las centrales de alimentos cocinando, en los espacios administrativos de la institución y/o en los espacios de la enfermería.

Un grupo estudia en la escuela y/o participa en actividades de capacitación, dispuestas por instituciones externas a Gendarmería. Otros asisten a servicios religiosos, algunos desarrollan el oficio de peluquero, un grupo importante se vincula con actividades de ocio y recreación (jugar cartas, tomar maté, tirar la huincha, etc.) y, finalmente, otros participan de las dinámicas de violencia que se traducen en riñas y peleas al interior de los recintos penales. Respecto a este punto, Sara Makowski, señala que existen diferencias en las rebeliones que ocurren en las cárceles de hombres y mujeres, en las primeras se evidencian motines, enfrentamientos violentos, quema de colchones, fugas y, en el caso de las de mujeres, las modalidades son menos visibles y más silenciosas, centradas en espacios cotidianos y atravesados por componentes, como la maternidad,



hostilidad reprimida y el interés para otros. Lo anterior, nos lleva a reconocer submundos dentro del contexto carcelario, lo que conlleva a que el espacio objetivo de convivencia se traduzca en un espacio vivido. (Makowski, 2010)

Cabe destacar que la dinámica cotidiana de cada persona, está determinada por la posición social, pabellón o calle en la que habita, su categorización, según su conducta y, principalmente, la motivación de ascender en ello para postular a beneficios intrapenitenciarios.

Según los aportes del Comité Internacional de la Cruz Roja, las instituciones penitenciarias deberían estar preparadas para asumir el concepto de “día estructurado”, el que desde su concepción permite *“reproducir un día “normal” del mundo exterior mediante la planificación de varias actividades que pueden ser llevadas a cabo por cada detenido en un día cualquiera, como las actividades relacionadas con la higiene personal, el trabajo, la educación, el esparcimiento y el contacto con el mundo exterior a través de visitas (de abogados y familiares), llamadas telefónicas y correspondencia. El día estructurado, tiene por objetivo contribuir al mantenimiento de la seguridad dentro de la prisión y a la reinserción efectiva de los detenidos en la comunidad”*.

Lo anterior, representa un desafío permanente, pues la etnografía descrita en la literatura da cuenta de algunos puntos de encuentro que configuran el escenario de la interacción social entre las personas privadas de libertad y, entre éstos y los gendarmes y, es en esta interacción, en donde se pueden apreciar las particularidades de las realidades del sistema social de la prisión, en donde en un mismo lugar confluye un sistema paralelo de capital.

En aportes de Bourdieu, se reconocen cuatro formas de capital: capital económico, capital social, capital cultural y capital simbólico, en este marco el habitus produce prácticas, conforme a los esquemas engendrados en la historia y por ello cuando

se habla de campo, es vinculante hablar de habitus y por ende de capital(Martínez García, 2017).

En este sentido se comprende el habitus como *“Los acondicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia [...], sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta”* (Bourdieu & Dilon, 1991).

En este marco Erving Goffman, define a las prisiones, desde sus operaciones diarias como una ‘institución total’, separadas del mundo exterior, ya que muchas de las dinámicas existentes en su interior, aún son desconocidas para el común de los ciudadanos y, en varios aspectos, las cárceles siguen siendo lugares donde se concentra una población, especialmente, desfavorecida y vulnerable(Goffman, 2004).

Dentro de una cultura, el traspaso de costumbres y modos de vida generacionalmente se realizan a través del código fundamental de la comunicación, el lenguaje. En el contexto de estudio de esta investigación, se delimita como una característica importante, ya que el lenguaje carcelario se conoce mundialmente como un código distintivo de quienes habitan en los centros de cumplimiento penitenciarios, denominado en Chile jerga “COA”, la que es una extensión de la lengua madre, que nace de un grupo de personas que tienen hábitos y propósitos en común, con la necesidad de comunicarse para reconocerse, tratarse, protegerse mutuamente, ante el diario vivir, en base a tecnicismos y modismos.

En el marco de la cultura carcelaria, también se encuentran personas que no poseen vínculos familiares extracarcelarios, y que, al igual que toda persona, posee carencias emocionales y afectivas. Es aquí donde nace la necesidad de crear un núcleo familiar en la reproducción de la familia tradicional de la sociedad al interior de la cárcel. Como señala Cooper, la familia al interior de las unidades penitenciarias femeninas se constituye por un macho-macho o un macho de cartón y una mujer, asumiendo ambos roles de hombre y de mujer tradicionales, respectivamente, que comprenden en el caso del hombre el mantener a su mujer, dominarla y mandarla, tomar decisiones de importancia y poseerla sexualmente, y en el caso de la mujer, cocinarle, lavarle la ropa, atenderlo en sus solicitudes y cumplir sus órdenes, obedecerle y acceder a sus deseos sexuales (Cooper, 2001).

Los hijos que complementan la conformación de la familia, son adoptivos. La pareja procede a seleccionar del resto de las internas, algún hijo-hija (machos o mujeres jóvenes), que, generalmente, corresponde a alguna joven desamparada y con evidentes necesidades de afecto y protección.

Como podemos apreciar, existe una gama de situaciones, al interior de las cárceles que se cruzan con los determinantes sociales de salud, en donde las condiciones sociales en que estas personas desarrollan su vida, tienen un impacto en su salud. Es, por lo anterior, que la Salud Colectiva, propone que para pensar la determinación social en salud, es *“necesario fortalecer y difundir una praxis que denuncie, enfrente y contribuya a transformar los procesos sociales que destruyen la salud y la vida de las colectividades y producen inequidades múltiples”*(López Arellano, 2013).

Este enfoque dispone de argumentos teóricos-metodológicos que permiten avanzar en el análisis de la Salud en los contextos carcelarios, reconociendo la salud y la enfermedad como partes de un mismo proceso, el que atraviesa una dimensión material y simbólica y que, por tanto, como fenómeno social tiene sus raíces en la historicidad de los sujetos y en la subjetividad que permea la cotidianeidad. En este sentido, la vida cotidiana tiene su anclaje en la cultura, la

que incluye los significados y prácticas de los sujetos sociales, en donde el habitus produce prácticas en salud, en concordancia a los esquemas históricamente establecidos. Lo social determina lo biológico y, por ende, tiene niveles de producción y reproducción, así como, también, niveles de complejidad, los que configuran las ideologías presentes en la sociedad y, por ende, las relaciones de subordinación y hegemonía (García Canclini, 1984).

A partir de lo anterior, se requiere admitir que en el contexto carcelario, las personas privadas de libertad viven el proceso de salud-enfermedad-atención propuesto por Menéndez, desde una complejidad mayor, en comparación con quienes gozan del Derecho a la libertad (López, Chapela Mendoza, Hernández, & Outón, 2011). Este proceso se comprende como universal y determinado por las subjetividades, que se gestan en los procesos sociales e históricos de las colectividades.

A partir de dicho fundamento, el proceso de observación-acción se torna un desafío metodológico para el estudio de la categoría de determinación social, en donde, ya no es suficiente declarar la complejidad del fenómeno, sino, más bien, se necesita aperturar una transformación de la realidad, con y desde los sujetos involucrados, definidos desde la Salud Colectiva como sujetos políticos, cumpliendo un rol fundamental en los procesos de transformación, pues son precisamente ellos quienes pueden dar cuenta de cómo se vive, piensa y articulan los nudos críticos de los procesos de salud-enfermedad-atención, e, incluso, cuentan con la claridad de las necesidades y propuestas de mejora para sus modos de vida, lo que evidencia la capacidad de acción y de sentido. Así mismo, en este contexto se debe configurar un trabajo colaborativo con actores que tengan capacidad política, dando lugar a estrategias de mediación desde distintos niveles de operatividad.

3.2.- POSTULADO N°2: POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN LAS CÁRCELES DE CHILE: UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS NARRATIVO DESDE LA RELACIÓN ESTADO Y SOCIEDAD, LAS INSTITUCIONES Y LOS ACTORES SOCIALES PRESENTES.

3.2.1.- LA DÍADA ESTADO- SOCIEDAD COMO SOPORTE ESTRUCTURAL EN LA DEFINICIÓN DE LA POLÍTICAS PÚBLICAS EN CHILE.

*“... es un deber de la sociedad, es decir, del Estado, como una condición fundamental para todo uso y toda actividad, proteger y cuando esté en peligro, salvar, la vida y la salud de los ciudadanos. Si es deber de todo hombre social el combatir y ayudar a soportar los peligros que se desarrollan precisamente debido a la vida social, entonces es igualmente claro que el Estado está obligado a combatir y donde sea posible destruir no sólo los riesgos naturales, sino también los que hacen peligrar la vida humana”.*  
(Neuman, Rosen)

El devenir de la historia, sus acontecimientos y sus actores modelan el Estado, el cual se calibra en su actuar, gracias a las fuerzas que interactúan para canalizar el ejercicio del poder. En este sentido, *“la responsabilidad de las decisiones que afectan de manera tan significativa la vida de una sociedad no pueden ser tomadas sino por el Estado, lo que pone sobre el tapete una de las categorías más elusivas y que más polémicas ha protagonizado en las discusiones sobre la forma en que dicha sociedad elabora estas cuestiones”*(Testa, 2007). Cada sociedad presenta clivajes, es decir, hitos que cambian el curso de esa historia, modificando el cuadro en el que el Estado opera.

Como se mencionó previamente, un antecedente contextual de esta investigación es que uno de los hitos más importantes en la historia próxima de Chile, que generó transformaciones profundas en el ADN social, fue el Golpe de Estado realizado por el General Augusto Pinochet, el que derrocó con apoyo de la oligarquía y las fuerzas armadas, el gobierno socialista del presidente médico, Salvador Allende Gossens, quien antes de ser presidente, fue Ministro de Sanidad en el Gobierno del presidente radical, Pedro Aguirre Cerda.

Su experiencia, en este espacio, lo transformó en un líder político que ponía la salud pública como un eje gravitante del buen vivir, en la joven patria socialista, que se forjaba en el gobierno de la Unidad Popular, que le tocó liderar como “Compañero Presidente”.

El golpe militar, sin piedad, se instaló en el poder con apoyo de Estados Unidos, con el fin de eliminar de raíz todo vestigio posible de instalar un régimen socialista que impidiera el despliegue económico imperialista. Miles de chilenos fueron asesinados, desaparecidos, exiliados y apresados. El régimen militar, no sólo ejerció la violencia directa a través de los aparatos represivos, sino que, también, comprimió el gasto público destinado a garantizar el ejercicio del derecho a la salud, la educación, entre otros. Eliminó el Congreso y los cambios políticos se amparaban, inicialmente, en Decretos con Fuerza de Ley, emanados de la propia junta militar, liderada por el General Pinochet.

Este legado es parte esencial de la configuración de la diada Estado-Sociedad en Chile, siendo uno de los factores claves que modelan el campo de análisis. Del mismo modo, la instalación de la laxa democracia después de la dictadura, esa misma democracia que mantiene y perpetúa un sistema de salud precario y que, además, propició la creación de cárceles privilegiadas, especialmente destinada para los criminales de lesa humanidad, como lo son el Centro de Detención Preventiva y Cumplimiento Penitenciario Especial Punta Peuco y el Centro de

Cumplimiento Penitenciario Cordillera, las que heredaron en todos los ámbitos de la vida pública el sello neoliberal que lideró la dictadura militar, el cual actúa como impronta jurídica, a través de la Constitución Política de 1980.

Es así, como en Chile, se evidencian transformaciones sociales concretas, que dieron lugar a diversas contradicciones y conflictos que han dejado huella, tanto a nivel de los individuos, como de los diversos grupos sociales que conforman la sociedad. Se comprenden de esta manera las contradicciones como *“visiones diferentes frente a múltiples cuestiones que tienen sentido para nosotros, y los conflictos son las formas materiales en que se expresan esas contradicciones”*. (Testa, 2007)

Por otra parte, las políticas de modernización que fortalecieron la instalación de los gerentes públicos de la Concertación, fuerza política que, a través de las urnas, llegó al poder en Chile al retornar la democracia, especialmente, el modelo de la Nueva Gestión Pública en el contexto de la Sociedad Red, reconfiguran las particularidades del Estado.

En tal sentido, los siguientes factores que a continuación se presentan (a) la Constitución de 1980, (b) el Estado en el contexto de la Sociedad Red, (c) y la Nueva Gestión Pública, permiten caracterizar los planos que deben ser considerados para implementar acciones de cambio que generen valor público, reconociendo su alcance para articular soluciones que permitan mejorar las condiciones de sustrato en las que las personas privadas de libertad, en tanto ciudadanos, ven opacada la posibilidad de ejercer con propiedad sus derechos.

**(a) La Constitución Política de 1980:** La dictadura militar instalada con fuerza en 1973 en Chile, perpetuó su influencia en el Estado creando la Constitución Política de la República de Chile emitida en 1980, asegurando así que el ADN del modelo neoliberal no dejara espacio alguno para poder cambiar las condiciones que garantizaban el status quo.

La Constitución, como dispositivo o artefacto del Estado, contiene un discurso que permea hasta la fecha, relaciones mercantiles que han dado lugar a la fractura y crisis en la concepción de lo “público”, en palabras de Saavedra *“es ciertamente conservadora en lo valórico, poco democrática (de forma y fondo) y con un fuerte sesgo económico liberal. A modo de ejemplo, pero muy clarificador, es que en ella se protege expresamente el derecho de propiedad, mientras que no se hace mención a otros derechos fundamentales, como los derechos humanos, por ejemplo. La consecuencia económica de esta Constitución, y de sus diversas leyes, es el haber dotado de certeza jurídica a las inversiones privadas, creando así un adecuado clima de negocios”* (Saavedra, 2014).

Lo anterior, trae consigo repercusiones políticas, económicas e ideológicas sobre las praxis en el sistema de Salud, en general, y, en particular, en el despliegue de este, en las cárceles de Chile. Tal como lo señala Tetelboin, *“la intención de desarrollar el sector privado no es mala en sí misma. El problema es cuando ésta se constituye como el centro de la preocupación que orienta el desarrollo de los criterios sanitarios”*(Tetelboin Henrion, 2003).

Este es el telón de fondo que enmarca los bordes en los cuales la salud pública queda comprimida y asfixiada ante el desarrollo avasallador de la salud, como bien de mercado, posible de ser tranzado y enquistado en la oferta pública.

**(b) El Estado en el contexto de la Sociedad Red:** En este sentido cabe preguntarse ¿Cuál es el rol que cumple hoy el Estado en una sociedad de mercado como la chilena, en materia de salud penitenciaria y cómo opera la institucionalidad y los actores socialmente relevantes para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas privadas de libertad?. En este marco de interrogantes llamaremos, Actores del Estado, *“a todos aquellos sujetos u organizaciones que adquieren la capacidad de introducir temas de debate en la agenda del Estado. Como se ve, la definición tautológica, aunque tiene la virtud de*



*destacar el tema de la agenda, que es el fundamento básico de la política. Para decirlo provocativamente, si un tema no está en la agenda del Estado, no existe”(Testa, 2007).*

Y entonces, el cuestionamiento que sigue es ¿Qué factores nuevos caracterizan al Estado y a los ciudadanos en el contexto de la Sociedad Red, como la denomina, Castells?(Castells & Hernandez, 2018), ¿Qué exigencias nuevas enfrenta quien ejerce el poder y con qué nuevas herramientas cuenta la ciudadanía para el ejercicio de sus derechos?, ¿En qué medida, las personas privadas de libertad, están incluidas en ese nuevo escenario? ¿Cómo se resignifica el determinismo material de los sujetos en este nuevo contexto?.

Para articular posibles caminos en las respuestas, desde un nivel macro social, es necesario dar cuenta del rol que asume el Estado en el contexto de la Sociedad Red, lo que marca un antes y un después, debido a que la irrupción de las TIC en la escena pública han obligado al Estado a hacer cada vez más transparente el acceso pasivo y activo a la información. Y, es a partir de ello, que se comprende *“...el significado del Estado como “espacio social”, ya que es el lugar “social”, que puede ser un espacio físico o virtual, donde se encuentran los actores. Porque la “discusión” puede hacerse cara a cara, o mediante publicaciones, reuniones públicas o privadas y las mil y una forma en que la información circula en la sociedad”(Testa, 2007).*

Cada día que pasa los ciudadanos tienen mayor acceso a la información, gracias a la penetración que ha tenido internet en Chile, la cual alcanza un 72% de usuarios , según el estudio realizado por Fundación País Digital, en diciembre de 2018(«Brecha en el uso de internet», 2018) y, gracias a la facilidad con que los ciudadanos acceden a dispositivos para navegar, siendo uno de los países con mayor tasa de penetración de uso en la región.

Esto ha permitido no sólo que los ciudadanos sean observados por el panóptico de quien ejerce el poder, sino que también se ha instalado como posible lo que Castells denomina, la autocomunicación de masas(Castells & Hernandez, 2018). Lo anterior, permite que los ciudadanos puedan compartir información prescindiendo de los canales habituales que aglomeraban demandas para influir en las decisiones públicas. En tal sentido, los partidos políticos, actores protagónicos del hacer público, gozan de una baja aprobación transversal, tal como se señala en el estudio realizado por el Barómetro de la Política CERC-Mori en mayo del 2019(CERC, 2019), debido a que no son capaces de canalizar con la eficacia, eficiencia y probidad esperada, a las necesidades de una sociedad cada vez más exigente.

De esta forma, se configura lo que Johnson denomina como la “democracia líquida”(Lorenzo, 2017), en donde las demandas ciudadanas no operan en los bordes ideológicos de las casas políticas tradicionales, sino, más bien aglomeran el sentir contingente, frente a hechos de connotación pública y ejerciendo presión contundente ante eventos puntuales, sin necesidad de que los demandantes estén de acuerdo en cambios o proyectos estructurales. Esto fractura el rol tradicional de la clase política, que antaño se instalaba en el imaginario social como el canal privilegiado, por medio del cual se podía ejercer influencia. Este factor, es clave para poder comprender desde el materialismo histórico, el nuevo escenario en donde se despliega el habitus de los agentes de Estado y de la ciudadanía.

Estas nuevas coordenadas deterministas, preservan condiciones de desigualdad como sustrato, pero, sin lugar a duda, entregan herramientas que permiten en lo práctico, generar mejores condiciones para habilitar con mayor efectividad y eficiencia, la capacidad de comprenderse en el escenario público como sujeto de derecho.

El acceso a la información a un clic de distancia, cambian el escenario de la relación Estado-Sociedad. En donde, para el cuerpo privilegiado de la élite política

*“Adaptar los servicios del Estado a los desafíos que hoy impone la revolución digital y terminar con la burocracia, son pasos fundamentales para avanzar en la modernización del Estado. Por eso es importante hacer este esfuerzo, porque tal como dijo el Presidente Sebastián Piñera, nos permitirá avanzar hacia un país que deje atrás el subdesarrollo y permita mejorar la calidad de vida de las familias chilenas(«Presidente Piñera presenta proyecto de Transformación Digital y crea consejo asesor para la modernización del Estado», 2018)”*

Sin embargo, esta premisa merece cuestionar, tensionar y posicionar ciertas contradicciones presentes, en donde el acceso y uso de internet produce exclusión social, lo que se evidencia en la dificultad de acceso al desarrollo personal y la inserción socioeconómica, donde grupos de personas, están imposibilitados de participar de la sociedad, puesto que segmentos de la población tienden a adquirir la información a un ritmo más acelerado que otros grupos, aumentando la brecha entre ellos(«Brecha en el uso de internet», 2018).

**(c) La Nueva Gestión Pública:** El Estado modela su gestión de acuerdo a los enfoques que permiten responder al escenario sociopolítico, adecuándose a los bordes que no se han de trazar en un sistema neoliberal. Es así, que la Nueva Gestión Pública, modelo de gestión anglosajón que focaliza su quehacer en la eficiencia de la calidad de los procesos de la gestión pública, se instala en la administración pública, bajo la promesa de que el Estado moderno, podrá garantizar en el sector público, un equivalente a lo que la gestión empresarial garantiza en el sector privado: un cliente satisfecho. Pliscoff señala que la Nueva Gestión Pública busca *“un Estado más eficiente y cercano a las necesidades de los usuarios, vistos como clientes, en búsqueda de mejor atención”*(Pliscoff, 2017).

De esta forma los sistemas de calidad se integran en la administración pública permitiendo establecer trazabilidad lógica desde la misión y visión de las distintas reparticiones públicas, hasta los procedimientos más granulados que conectan el servicio público con el ciudadano.

La Nueva Gestión Pública, reconoce que el ciudadano, es un agente cada vez más exigente, por lo que transparenta todos los derechos y procedimientos asociados al ejercicio de estos, integra tecnología que permite agilizar la transacción de servicios estableciendo plazos de respuesta y genera una matriz que garantiza la mejora permanente, poniendo al ciudadano como centro de su acción.

En tal sentido, minimiza en el modelo weberiano, las oscilaciones en la toma de decisiones, pues, modela el quehacer público, de modo tal, que el ciudadano cuente con todas las herramientas para ejercer sus derechos con propiedad, generando organismos, como por ejemplo, la Comisión Defensora Ciudadana, que permite que el “cliente” pueda reclamar ante un servicio incumplido en plazos o calidad. En caso de no obtener respuesta de la repartición, la normativa establece sanciones a la autoridad.

La Nueva Gestión Pública promete y garantiza, tal como lo señala con fuerza en su frase emblemática el Presidente Lagos, que “las instituciones funcionen”. Ahora bien, ofrece garantizar un “servicio de calidad”, en tanto provee de los dispositivos de gestión necesarios para hacer funcionar el engranaje, lo cierto es que la sociedad anglosajona, donde se origina el modelo, presenta particularidades culturales que hacen que el sistema al ser implantado en Latinoamérica sufra desacoples o fisuras, que dificultan el despliegue natural, que garantice la eficacia y la eficiencia estatal, tanto en sus accionar propio, como en su rol de fiscalizador en los servicios concesionados al sector privado. Pliscoff, señala enfáticamente que *“no se puede mantener una actitud ingenua respecto de un paradigma, esencialmente generado en los países desarrollados con historias y culturas administrativas muy diferentes”*(Pliscoff, 2017).

Del mismo modo que el mercado funciona de manera más eficiente en la medida que los clientes son conscientes de sus derechos para exigir productos o servicios

de acuerdo a la calidad prometida por el proveedor, en el caso del Estado el “cliente-ciudadano” sólo puede establecer una relación simétrica con el “proveedor-Estado” si sabe cuáles son los derechos con que cuenta y conoce los mecanismos a través de los cuales puede hacerlos exigibles. Pero, lo sabemos de sobra, el Estado no utiliza la escuela, su principal aparato, para entregar una formación cívica y ciudadana, para garantizar que se formen sujetos de derechos o, al menos, desde la mirada de la Nueva Gestión Pública, “clientes” del Estado que exijan la provisión de servicios de calidad de forma eficiente y eficaz.

Lo anterior, permite comprender porque la sociedad anglosajona cuenta con individuos mucho más empoderados como “cliente-ciudadano”, por lo que, su capacidad de incidencia en la gestión pública es mucho mayor que en Latinoamérica.

Reconocer fallas y fisuras en la promesa de la Nueva Gestión Pública, permite levantar acciones exigibles en espacios de gestión acotados y no estructurales necesariamente, pues, evidentemente, estos cambios mega sistémicos, como lo son, por ejemplo, un cambio constitucional, llevan mucho mayor tiempo para ser implementados.

Poder pesquisar hallazgos en la narrativa de los actores, tanto de los usuarios del sistema penitenciario, como en los funcionarios públicos que despliegan la política pública, permite relacionar con propiedad y precisión las zonas grises que impiden a los mal llamados “clientes” del sistema penitenciario, ejercer su derecho, es decir, exigir la provisión del servicio o producto de acuerdo a la relación “contractual” que ejercen en su relación con el Estado o con el privado que ha sido incorporado como colaborador de la función pública bajo el régimen de la concesión.

Desde otra perspectiva, es preciso detenerse en la implementación que se realiza de la política pública de salud penitenciaria en las cárceles, y cómo confluyen las

relaciones sociales, significados y prácticas que en ella se impregnan, pues, es en los espacios concretos en donde se advierten diferencias. Ahora bien, las nuevas formas de organización y relación entre el Estado y la sociedad civil se encuentran sujetas a una multiplicidad de dinámicas complejas regidas por los intereses y fines del mercado, por ende la exclusión de determinados grupos sociales, como son las personas privadas de libertad, implica una disfunción política a analizar.

Nogueira plantea, que la relación Estado-sociedad está congestionada y agotada por el modelo de desarrollo capitalista, modelo político neoliberal y la crisis de la izquierda. Plantea que la tensión entre la sociedad civil y la política es, en última instancia, un resultado del proyecto de Estado mínimo, donde la competencia prevalece sobre la cooperación y donde no hay ninguna formación política, lo que claramente repercute en las respuestas sociales y políticas que se gestan para las problemáticas sociales(Nogueira, 1999). El Estado legitima el orden social, ideológicamente transmite una visión de mundo y en términos económico redistribuye mínimamente.

En este sentido la panorámica que se configura a partir del traslape de la caracterización de los elementos que se han descrito para comprender las complejidades en las que se despliega el Estado y la relación que establece con los ciudadanos, permite reconocer los aspectos que deben ser considerados para implementar acciones que permitan llevar a cabo mejoras, poniendo como foco a las personas privadas de libertad como sujetos de derecho.

Ahora bien, cabe mencionar que desde el punto de vista de la opinión pública, la valoración de la dignidad de las personas privadas de libertad, no sintoniza necesariamente con las prioridades de la agenda ciudadana, más aún cuando los medios de comunicación masivo, informan respecto a hechos delictuales en un contexto de espectáculo, que genera miedo, que no gasta energía alguna en explicar contextos, razones, ni determinantes.

En tal sentido el acercamiento a la sensibilización sobre los derechos de las personas privadas de libertad se debiera presentar estratégicamente desde el punto de vista de la sostenibilidad, lo que permitirá garantizar que acciones ligadas a la rehabilitación y reinserción de las personas privadas de libertad, propicien la tan anhelada seguridad ciudadana.

La implementación de mejoras en la implementación de un modelo de salud dentro de las cárceles, sustentado en el enfoque que propicia la salud colectiva, ofrece dos caminos evidentes que podrían ser transitados para generar efectos o impacto de real alcance:

1.- Por una parte, resulta indudable que la Constitución Política del 80 propaga y multiplica el ADN de una desigualdad, que resulta necesaria para asegurar que el modelo neoliberal funcione. Como se ha señalado, la desigualdad no es una resultante del modelo, sino, por el contrario, es la base de sustrato que garantiza que el status quo se mantenga. Sin desigualdad no hay modelo capitalista, así de simple. En tal sentido, se pudiera pensar que el único camino sensato es estructurar estrategias políticas que permitan desarticular la carta magna o al menos, integrar reformas profundas.

2.- Sin perjuicio de lo anterior y sin desestimar los esfuerzos que permitan destrabar la desigualdad, desde el factor constitucional, no es menos cierto que aún en las reglas del juego de la propia constitución, se pueden generar acciones de valor público, que permitan instalar una cultura carcelaria que garantice los derechos de los usuarios, en su condición de ciudadanos. Una persona privada de libertad, solo pierde su derecho a desplazarse libremente (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2013), de este modo el Estado no puede, sino garantizar que todos los otros derechos les sean garantizados.

Si bien, la Nueva Gestión Pública, por una parte garantiza que el Estado proveerá de servicios estandarizados y de calidad a todos los ciudadanos, no es menos

cierto que el modelo visualiza a los directivos públicos como agentes que, son capaces de leer cambios sociales y detectar desacoples, que impiden cumplir con la promesa pública de entregar servicios de calidad.

En este sentido, el escenario ofrece espacios para exigir y presionar a la gestión pública, para implementar acciones que garanticen el ejercicio de derechos de las personas privadas de libertad. Estas iniciativas implican, necesariamente, la articulación de distintos actores del aparato público, pues, las acciones, sólo son efectivas si logran converger y articularse, por una parte, entre las distintas reparticiones del aparato público y, por otra parte, necesariamente deben entregar soluciones que respondan a las expectativas de una ciudadanía, que poco a poco se empodera a pesar de los incipientes esfuerzos del Estado en esta línea.

La Sociedad Red, por su parte ofrece condiciones que permiten activar redes, gestionar conocimiento, crear aplicaciones y sistemas interconectados de datos que agilizan las gestiones necesarias para integrar la información requerida. Lo anterior se dispone, como una oportunidad para la integración de planes de intervención multisectorial, destinados a las personas privadas de libertad, facilitando el ejercicio de sus derechos. Por tanto, los artefactos del gobierno digital, no pueden sino ser factores claves, para rediseñar procedimientos y acciones que generen valor público.

En este sentido, la calidad de la implementación de las políticas públicas es un exigible y es, a la vez, una virtud esperada de los agentes públicos, dentro de los cuales, los académicos de las universidades públicas están incluidos, es por ello que esta tesis tiene como foco generar hallazgos, controversias y sugerencias que propongan acciones que generen valor público, tensionando las promesas incumplidas o abordadas de modo parcial por el modelo propuesto por la Nueva Gestión Pública. Es, en este escenario, entonces, en donde se desplegarán los esfuerzos investigativos y de análisis.



### 3.2.2.- POLÍTICA PÚBLICA: EL ROL DE LAS INSTITUCIONES Y DE LOS ACTORES VINCULANTES A LA SALUD EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS DE CHILE.

*“Las políticas públicas no son solamente un proceso de decisión, sino el lugar donde una sociedad dada construye su relación con el mundo. Una Política Pública es, entonces, también la construcción una imagen de la realidad sobre la cual se quiere intervenir”*  
(Muller, 2006)

Las políticas públicas son el *“conjunto de acciones y omisiones que se manifiestan en una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil”*(Oszlak & O'Donnell, 1981). Cabe destacar que una política pública es lo que la racionalidad política permite, pero no, necesariamente, es lo que se planifica, pues, en ella confluyen tensiones desde el pensar y el hacer de los actores políticos y gestores comprometidos, por ende, *“como instrumento de transformación o mantenimiento del orden social, las políticas públicas son por lo tanto, un lugar fundamental para el ejercicio de la dominación”*(A.-N. Roth Deubel, 2010).

Estas definiciones permiten comprender que el enjambre de iniciativas, acciones y omisiones que dan origen a las políticas públicas tienen marcos y bordes sobre los cuales se puede establecer su diseño, ejecución y evaluación, siendo el marco constitucional, la condición de sustrato que mayor fuerza ejerce en Chile, en donde, además se cuenta con un Tribunal Constitucional, que controla que cada iniciativa del poder legislativo se apegue a dichos márgenes.

Desde el marco histórico cabe señalar que la democracia laxa y tranzada entre los partidos que se opusieron a la dictadura y la derecha, establecieron un sistema en donde la potestad de generar políticas públicas recae directamente en los parlamentarios. La ley de participación ciudadana (Ley 20.500), promulgada el 16 de septiembre del 2011 en Chile, establece que los ministerios deben contar con Consejos de Sociedad Civil compuestos por organizaciones sociales. Este es el camino a través del cual la ciudadanía organizada puede incidir en las políticas públicas, pero circunscribe esa participación sólo a la implementación de dichas políticas y no al diseño, pues esa tarea recae sólo sobre el poder legislativo.

Aún cuando existe la ley de participación ciudadana, esta ley nunca ha contado con recursos suficientes para ser conocida por los ciudadanos. La educación cívica no existe en Chile en la educación formal, por lo que los mecanismos para incidir en las decisiones públicas, si bien son débiles y precarios, son subutilizados por la ciudadanía.

En tal sentido cabe preguntarse ¿Quiénes son las partes interesadas, que mayor predominancia tienen en las decisiones, que son consideradas para diseñar políticas públicas?. Los actores políticos, que tienen mayor participación, ellos son, siempre los hacedores de las políticas y no, necesariamente, los destinatarios de éstas. La política diseñada con “la distancia del brazo”, es decir, para el otro, para el usuario que nunca será el que diseña o implementa, pareciera ser una constante en Chile. *En ese sentido la política pública es “todo lo que un gobierno decide hacer o no hacer”.*(A.-N. Roth Deubel, 2010)

Esto se explica, debido a que el proceso de transición democrática debilitó el rol de las organizaciones sociales, las que, por su parte, confiaron, en que la clase política, tan dañada en la dictadura, podría ser depositaria de la confianza pública y dejaron en sus manos el destino del país. La esperanza era que gran parte de las políticas públicas venideras se comprometieran con un conjunto de objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y que, por medios y acciones,

orientaran el comportamiento de actores individuales y colectivos, para modificar las situaciones percibidas como insatisfactorias o problemáticas(A.-N. Roth Deubel, 2002)

Este contexto, configura, entonces, un escenario en donde las políticas públicas, su formulación e implementación en Chile, tienen ciertas características particulares, que permiten dilucidar con claridad que la ciudadanía y, en particular, los destinatarios de dichas políticas, poco o nada influyen en lo que se establece.

En tal sentido, los esfuerzos para operar e incidir en las políticas asociadas al ejercicio del derecho a la salud en las cárceles de Chile, deben estar focalizados en diagnosticar y levantar información verificable en la implementación de dichas acciones y de las brechas que existen respecto a lo esperado y lo que realmente se implementa, lo que es posible en la medida que la política pública se pueda comprender *“como una narrativa construida a partir de historias, marcos y metanarraciones, así como una práctica”*(A.-N. Roth Deubel, 2010)

A partir de este análisis, se pueden evidenciar quienes han fallado en la entrega de aquello que la Nueva Gestión Pública debiera garantizar, como “prestador de servicios públicos” al “cliente-ciudadano”, en donde entra en tensión el poder ejecutivo, con el cumplimiento de las acciones asociadas a lo que se ha diseñado.

En este sentido, lo político en un ámbito de relaciones de poder, es conflictivo porque expresa intereses diversos. Lo político se expresa en la forma en que el Estado negocia un pacto social, en donde la formulación, implementación y evaluación del ciclo de las políticas públicas están direccionadas, además por las ideologías presentes en un momento histórico determinado.

Esto permite configurar el escenario a partir del cual se diseñan las políticas públicas, permite comprender en qué medida las decisiones públicas canalizan las

demandas sentidas, como importantes por la ciudadanía y, en particular, quienes serán destinatarios de éstas.

Respecto a la implementación de políticas públicas integradas, la Nueva Gestión Pública en Chile, integró al aparato estatal un sistema de gestión basado en incentivos, que permitieran a los funcionarios obtener beneficios económicos en la medida que se cumplieran las metas propuestas. Estas metas están asociadas a lo que se denomina Programa de Mejoramiento de la Gestión (conocidos en la jerga estatal como PMG). Estos programas permiten levantar metas, plazos, calidad esperada y equipos responsables a cargo. En la medida que estas metas se cumplen, los equipos de trabajo reciben un incentivo económico. Este sistema ha permitido fortalecer la gestión interna de las instituciones, pero, en el caso de las propuestas que se espera que se desarrollen en el ámbito de salud penitenciaria, se encuentran ciertos ripios para hacer efectiva su acción, pues los incentivos están en tierras compartidas, que se transforman en tierra de nadie, a menos que se levante un proyecto integrado y pueda ser controlado por un organismo de mayor autoridad, como lo es la Presidencia de la República.

De esta manera, la institucionalidad surge como respuesta del Estado para el abordaje de las problemáticas sociales, lo que permite que la Política Pública se acople *“bajo un mismo término tanto en la producción normativa de las instituciones públicas (planes, leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas, acuerdos, fallos jurídicos etc.), como en las actividades políticas y administrativas realizadas tanto por actores políticos y sociales como por autoridades públicas para la elaboración, decisión, implementación y evaluación de esta producción, así como sus efectos en la sociedad y en la actividad política misma”*(A.-N. Roth Deubel, 2010)

En ese sentido, se reconocen las instituciones como un determinante esencial de la acción colectiva y, por lo tanto, de las políticas públicas, siendo un factor de orden como de construcción de sentido para las acciones realizadas por los

actores que convergen en la institucionalidad presente. (A.-N. Roth Deubel, 2010) En este estudio se tiene como premisa, que las instituciones se sitúan en lógicas de autoridad y poder, pero, también de sabiduría y ética colectivas, colocando a disposición el contexto físico, cognitivo y moral para la acción conjunta, la capacidad de intervención, los lentes conceptuales para la observación, la agenda, la memoria, los derechos y obligaciones, así como el concepto de justicia y símbolos con los que pueden identificarse.

Para efectos de responder al problema planteado, es significativo dar cuenta de las instituciones vinculadas al desarrollo de la gestión penitenciaria, comprender cómo se interrelacionan y hacen operativo los marcos jurídicos y normativos que direccionan la implementación de las acciones de salud en los contextos a estudiar. Es aquí donde la investigadora se detiene, para visibilizar el empalme institucional con el que Gendarmería de Chile cuenta para desarrollar su marco de acción intramuros.

En Chile, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos es la Secretaría de Estado, encargada, esencialmente, de relacionar al Poder Ejecutivo con el Poder Judicial, de fomentar y promocionar los derechos humanos y de ejecutar las acciones que la ley y el Presidente de la República le encomienden; su misión es *“contribuir al desarrollo del país a través de la modernización del sistema de justicia, promoviendo normas y políticas públicas orientadas a facilitar el acceso y la protección de los derechos de las personas, la reinserción social y la seguridad ciudadana, todo ello en un marco de respeto a los derechos humanos* (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2018), y, es reconocido, por parte de los distintos actores como el ente rector de las acciones que realiza el Servicio Público de Gendarmería, que en tanto público tiene como finalidad en su hacer *“atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que les señala la ley”* (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2010).

Desde esta definición, su vinculación con diferentes instituciones, y/u organizaciones es, primordial para los avances que se puedan concretar, tanto en el ámbito propio del contexto de encierro, como del retorno previsto para las personas que habitan dicho espacio.

Es así como desde el año 2017, se dio lugar en la Subsecretaría del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Chile, a un comité asesor para la Reinserción Social, el que reconoce e involucra a un cuerpo de instituciones y/u organismos vinculantes a propiciar una Política de Estado intersectorial que coloque en valor los instrumentos suscritos por Chile para el desarrollo de políticas penitenciarias basadas en los Derechos Humanos.

En ese marco, se reconoce por parte de este comité como en la Cuenta Pública Participativa de Gendarmería de Chile del año 2018, la vinculación con las siguientes instituciones y/u organismos, así como también una serie de convenios, entre los que destacan:

**Servicio Nacional de Menores:** Organismo dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, encargado de contribuir a proteger y promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes, que han sido vulnerados en el ejercicio de los mismos y a la reinserción social de adolescentes que han infringido la ley (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2019).

**Defensoría Penal Pública:** Servicio que proporciona defensa penal a las personas imputadas o acusadas por un crimen, simple delito o falta, que carezcan de abogado, asegurando el derecho a defensa por un letrado y el debido proceso en el juicio penal.

**Ministerio de Educación:** Se ha dispuesto de Convenios de Colaboración firmados entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Justicia y Derechos

Humanos, así como, también, una Comisión Mixta Nacional, para fortalecer el derecho a la educación y mejorar la calidad de los procesos de alfabetización y nivelación escolar en las unidades penales. Actualmente, existen 85 establecimientos educacionales en 77 recintos penales de Chile.

**Ministerio del Trabajo y Previsión Social:** Colabora a través del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), otorgando recursos permanentes a Gendarmería de Chile para realizar programas de capacitación laboral en los tres Sistemas. Se desarrollan programas, específicos, como: Becas Laborales, Programa+Capaz y el Programa de Formación para el trabajo.

**Ministerio de Salud:** Los establecimientos hospitalarios de la Red de Salud Pública prestan atención sanitaria gratuita a las personas detenidas o privadas de libertad, atendidas por Gendarmería de Chile. En el año 2016, se renovó un Convenio Marco de colaboración en materia de protección y acceso a salud entre el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gendarmería de Chile, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y la Superintendencia de Salud. El convenio busca beneficiar a las personas privadas de libertad, que se encuentren en establecimientos penitenciarios, a través de acciones coordinadas que permitan incidir en la mejora progresiva de las condiciones sanitarias y las condiciones de salud general de la población privada de libertad.

**Ministerio de Desarrollo Social:** Coloca a disposición el Programa Abriendo Caminos y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS). El primero, está especializado en la población penitenciaria, desde el enfoque de los niños, niñas y adolescentes y tiene como objetivo generar las acciones de prevención y reparación en las condiciones de desarrollo de niños, niñas y adolescentes, que tienen un adulto significativo, privado de libertad. Y, el segundo cuenta con programas laborales que contribuyen a la inserción laboral de personas privadas de libertad.

**Ministerio del Interior y Seguridad Pública:** Celebra acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, incluyendo, las municipalidades, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención, rehabilitación y reinserción social de infractores de ley. Desde este ministerio se ejecuta el Programa de Reinserción Laboral: iniciativa dirigida a población postpenitenciaria, que otorga prestaciones de intervención especializada, capacitación e intermediación laboral a sus beneficiarios/as y el Programa de Reinserción Social: dirigido a población condenada masculina, privada de libertad con determinado perfil, la cual es intervenida en distintos ámbitos, con el objetivo de reducir los efectos de la prisionización y mejorar sus posibilidades de reinserción social.

**Ministerio del Deporte:** se propone contribuir a desarrollar una cultura deportiva en el país, a través del diseño y ejecución de la Política Nacional del Deporte y la Actividad Física, otorgando el financiamiento para la ejecución de acciones, que incentiven la práctica permanente y sistemática del deporte y la actividad física, en todos los sectores de la población, garantizando una oferta amplia y diversificada, desde un enfoque de derecho y con Gendarmería de Chile se ha establecido un convenio, que permite desarrollar el Programa “Deporte para Personas Privadas de Libertad”.

**Ministerio de Cultura:** En ambos documentos públicos se menciona este Ministerio, señalando desde lo declarativo, que la cultura es lo que nos da identidad y es por eso, que el Estado debe garantizar la socialización de la cultura y el acceso a ella. Las distintas manifestaciones artísticas, como la música, la danza, el teatro, etc. son formas de exteriorizar o de contar nuestra historia, narrar el contexto. Por esto, la cultura, también, es un legado y sirve de base en una sociedad, porque en ella se transmiten enseñanzas para las siguientes generaciones, sin embargo, no se hace alusión a ninguna acción concreta.



**Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género:** A nivel internacional con el objetivo de recoger las particularidades de la población femenina privada de libertad, en el año 2011 se dictaron las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok). Y a nivel nacional, en el año 2014, la Ministra realizó una completa exposición sobre los contenidos y objetivos de la agenda de género del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, ante la promoción de alumnas y alumnos de la Escuela de Gendarmería.

**Ministerio de Economía, Fomento y Turismo:** Se ha propuesto contribuir en la modernización de políticas, programas e instrumentos que faciliten la producción y comercialización de los bienes y servicios desarrollados por las personas atendidas por Gendarmería de Chile. De esta manera, se dio lugar en la región del Maule en el año 2015, a la primera reunión de la mesa técnica del Programa Regional de Igualdad de Justicia, oportunidad en que se expuso a las autoridades de Sercotec y Corfo, los sistemas que apoyan la reinserción social, desde el punto de vista laboral. Luego en el 2017, se dio inicio al Proyecto “Formación de capacidades para la innovación social y el emprendimiento colectivo: piloto para Gendarmería en la Región del Biobío”.

**Representantes de Centros de Estudio, Universidades y Academia:** A la fecha se ha formalizado la participación del Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Centro de Estudios de la Justicia de la Universidad de Chile, el Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana de la Universidad de Chile, Fundación Paz Ciudadana, Universidad de Playa Ancha, Universidad Bernardo O’Higgins, Universidad de Santiago de Chile, entre otros.

**Representantes del mundo privado:** Se ha propiciado la generación de instancias productivas, a través del fortalecimiento de los planes y programas destinados a la población penal y mediante la creación o colocación laboral de las

personas atendidas por Gendarmería de Chile, propiciando la Responsabilidad Social Empresarial. A la fecha se da cuenta de la participación de la Confederación de la producción y del Comercio (CPC), la Cámara Chilena de la Construcción, y la Fundación Telefónica.

**Participantes y representantes religiosos:** Se han propuesto fortalecer el desarrollo espiritual de las personas atendidas por Gendarmería de Chile, con el objeto de contribuir a su proceso de reinserción social. Los organismos vinculantes son: la Capellanía de la Iglesia Evangélica y la, de la Capellanía de la Iglesia Católica. Lo anterior, es vinculante a lo establecido en las Reglas de Mandela, en donde se señala que *“Las administraciones penitenciarias y otras autoridades competentes deberán ofrecer educación, formación profesional y trabajo, así como otras formas de asistencia apropiadas y disponibles, incluidas las de carácter recuperativo, moral, espiritual y social y las basadas en la salud y el deporte. Todos esos programas, actividades y servicios se ofrecerán en atención a las necesidades de tratamiento individuales de los reclusos”*.

**Representantes del nivel territorial:** desde este campo se generan redes locales y comunitarias, que facilitan y contribuyan a los procesos de Reinserción Social de las personas atendidas por Gendarmería. Se cuenta con la participación de la Asociación de Municipalidades de Chile y la Asociación Chilena de Municipalidades

**Representantes de la Sociedad Civil:** se da cuenta de la vinculación con el Colegio de Abogados y el Consejo de la Sociedad Civil del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. En la cuenta pública, también, se da cuenta de un Convenio con Prodemu, con Corp Artes y con Dibam a través de un Plan de Fomento Lector.

Pese a lo anterior, como ya se mencionó, anteriormente, el camino habitual a través del cual se establecen los vínculos interinstitucionales son los convenios de

colaboración, pero si estos no gozan de indicadores reportables, asociados dependientes de un PMG, o a un sistema de seguimiento supervisado por un organismo de mayor jerarquía, como la Presidencia, resulta difícil que la ejecución del convenio sea trazable, medible y se pueda asegurar que se está implementando.

En este marco, surge la controversia y el cuestionamiento sobre quién decide, y, en ello se asoma una *“...directa relación con la constitución de los actores sociales, la que a su vez depende de la forma en cómo se elaboren (el uso que hagamos de) las contradicciones y conflictos que nos afectan como individuos o como grupos”* (Testa, 2007), en este sentido pensar en el actor social involucrado nos lleva a la principal categoría para el análisis de cómo se decide.

No contar con una batería de instrumentos de gestión que garanticen la justa ejecución, es una evidencia de que es un NO tema, pues se habilita la inacción, como escenario posible, en donde se introduce una tensión sobre el rol y participación que tienen los actores sociales, en la toma de decisiones, quienes como *“sujeto-individual, colectivo-“actor social” forman parte del Estado, es decir, se encuentra en capacidad de introducir temas de debate en la agenda del Estado, sin lo cual no existen problemas... un problema lo es cuando se lo “problematiza”... el debate en el Estado decidirá la forma en que se enfrentará (o no enfrentará) el problema planteado...el que tiene lugar en el ámbito de la “vida social”, como categoría analítica que permite la comprensión de un fenómeno”* (Testa, 2007)

En este sentido, se puede apreciar que la política da lugar a una dinámica entre los actores que conviven en una sociedad y sus intereses, en donde se deben consensuar decisiones y prácticas, dirigidas a gestionar y resolver sus diferencias, las que, sin duda, tienen como telón de fondo las relaciones de poder, que son parte de la vida pública, en donde se desarrollan las políticas públicas, las que no

pueden ser comprendidas desde criterios científicos externos a los contextos sociales (Pirazán García & Ríos Gallego, 2014).

### 3.2.3.- ANÁLISIS NARRATIVO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PUNTO DE ENCUENTRO DE LAS SIGNIFICACIONES Y CONTROVERSIAS.

*“Como lo saben muy bien los políticos – y como los científicos sociales olvidan con demasiada frecuencia-, la política pública esta hecha de palabras. En forma oral o escrita, la argumentación es esencial en todas las etapas del proceso de formulación de políticas” (A.-N. Roth Deubel & Martínez Porras, 2013).*

Para analizar la Política de Salud Penitenciaria implementada en Chile, se ha considerado poner en diálogo un cuerpo de categorías teóricas, dando lugar a un estudio sustentado en la teoría crítica en el campo de análisis de las políticas públicas, campo que *“busca mostrar empíricamente el proceso por el cual se logra mantener la reproducción, en su contingencia y variabilidad, de las creencias, consentimientos y esperanzas de la ciudadanía. De esta manera, la teoría crítica se enfoca en develar las relaciones de poder y las manipulaciones de la vida cotidiana. Apunta a mostrar los límites y la vulnerabilidad de los poderes establecidos, a la vez que devela los mitos normativos y las creencias que se encuentran en su trasfondo”* (Flacso Ecuador, Universidad Nacional de Colombia, 2014).

En este sentido, la teoría crítica desarrolla una explicación de las políticas públicas en tres etapas: (1ª) considera la construcción histórica de los problemas de políticas públicas, como una selección condicionada de las demandas sociales. (2ª) El desarrollo e implementación de las políticas se pueden entender como

procesos que modifican la infraestructura comunicativa de la sociedad, condicionando los fundamentos normativos y las expectativas de la ciudadanía, (3ª) lo que permite mantener y reproducir la dominación (A. N. Roth Deubel, 2008).

Ahora bien, a lo largo de la historia, se encuentran diversas corrientes analíticas en Políticas Públicas, las que se pueden sintetizar en tres grupos:

Un primer grupo, es denominado **tradicional**, el que *“enfatisa sobre los factores y variables objetivas que permiten explicar las políticas públicas”* (A.-N. Roth Deubel, 2010).

Un segundo grupo, conocido como **integracionista o mixto**, el que *“considera imposible limitarse sólo a las variables objetivas, medibles para explicar las políticas públicas”* por lo que incorpora valoraciones subjetivas en su análisis (A.-N. Roth Deubel, 2010).

Y un tercer grupo, llamado **interpretativista**, el que considera que el análisis tradicional- objetivista y neopositivista- ha fracasado en sus objetivos y apunta a *“reincorporar de manera central en sus propuestas la importancia de la argumentación, de la retórica, de la subjetividad y de los discursos”* (A.-N. Roth Deubel, 2010)

Desde este encuadre, esta tesis asume una investigación que supera el análisis tradicional y se aproxima más bien a los alcances propuestos por el tercer grupo, comprometiéndose con la participación ciudadana, la emancipación, la transformación y el progreso social, propiciando valores, prácticas democráticas y el respeto por la dignidad humana(A.-N. Roth Deubel, 2010), de esta manera permite ubicar el rol del Estado y de las instituciones sociales en vinculación con la realidad social y la vida pública, ofreciendo una lectura alternativa y posible sobre el cuestionamiento del marco normativo y cognitivo instituido de manera dominante por parte de los distintos actores sociales.(A.-N. Roth Deubel, 2010)

Fischer, comprende la Política Pública como un constructo social, como un espacio en donde participan actores con sus subjetividades y posiciones, las cuales se hacen manifiestas en las ideas y en el discurso. De esta manera, se reconoce que los diferentes discursos, definiciones y conceptos, que tienen los actores en el proceso del hacer de la política pública, definirán las acciones concretas en las que se materialice la misma (Pirazán García & Ríos Gallego, 2014). En este sentido, resalta la importancia de las ideas y del discurso no sólo, como expresión de la subjetividad de los actores que intervienen en la política pública, sino como escenarios de transformación de acciones y pensamientos (A.- N. Roth Deubel, 2010).

*En la vida pública, “los significados sociales, acompañan en todo momento el pensar, sentir y actuar de los actores sociales, están implícitos en el discurso, en su accionar cotidiano, en los rituales, en las relaciones que se construyen; en el sentido que le confiere cada quien a su participación; en las expectativas que cada uno tiene de los proyectos de desarrollo. Como la vida social y los sujetos están en permanente movimiento y transformación, los significados y sentidos de sus prácticas se actualizan constantemente, siendo el presente una síntesis de su pasado y su visión de futuro”*(Gatica Lara et al., 2008).

Es, por lo anterior, que se hace evidente la necesidad de proyectar una institucionalidad que detenga su mirada en lo territorial, colocando en valor la vinculación directa entre los actores políticos- operativos y los usuarios, en donde la voces y discursos históricamente anulados, puedan ser escuchados y/o leídos, en pro de favorecer el diseño y ejecución de políticas públicas, que se encuadren desde un enfoque territorial, de derecho y con pertinencia cultural.

De esta manera, se comprende que las políticas *“deben ser consideradas como relatos. Roe considera que los relatos usualmente utilizados para describir y analizar las controversias de políticas públicas representan por si mismos una*

*fuerza, la cual debe ser considerada explícitamente*” (A.-N. Roth Deubel, 2010) y es por ello, que se asume la narración “no sólo como una reconstrucción de los hechos y las vivencias, sino como una producción que crea un sentido de lo que es verdad”(Campos, Biot, Armenia, Centellas, & Antelo, 2011).

Para Roe, el núcleo de la metodología de análisis narrativo de política es la identificación de la controversia, la cual se alimenta de diferentes argumentos y escenarios en el tiempo. Para el análisis narrativo, las políticas públicas son construcciones discursivas a partir de elementos retóricos, que se expresan en historias, por lo tanto toma en consideración los aspectos cognitivos, retóricos y subjetivos, minimizando el papel utilitarista o racionalista en la formación de la política pública.

En este sentido, en la investigación narrativa *“el significado que elaboran y ponen a jugar los actores sociales en sus discursos, acciones e interacciones se convierte en el foco central de la investigación”*(Ministerio de Educación Ciencia & y Tecnología de la Nación, 2005), y la propuesta metodológica para la generación de los relatos es, por ejemplo, las entrevistas abiertas y el análisis de los textos discursivos que aportan los actores activos en la controversia de la política pública”(A. N. Roth Deubel, 2008).

El enfoque propuesto, es lo que permite avanzar en el recorrido de esta tesis, ubicando las significaciones y controversias como campos presentes en la política pública de salud dispuesta para los contextos carcelarios. La visibilidad de dichos campos, facilitan una lectura crítica de las acciones y omisiones que colocan a disposición los distintos actores sociales en sus narrativas y, por ende, las propuestas de transformación que se generan como proyección.

### 3.3.- POSTULADO N°3: EL DERECHO A LA SALUD Y LOS TÓPICOS RECONOCIDOS DESDE LOS MARCOS JURÍDICOS INTERNACIONALES PARA SU EJERCICIO.

Respecto a las categorías de estudio, se debe profundizar en el significado que tiene, desde el Marco de la Salud Colectiva, la Salud como Derecho Humano Fundamental. En este recorrido, se avanza, en la disposición de un análisis argumentativo, ético y político sobre el Derecho a la Salud, en tanto Universal como Humano, tomando instrumentos normativos, jurídicos y recomendaciones internacionales, las que en su mayoría han sido ratificadas por el Estado Chileno.

Con este objeto a continuación, se desarrolla una exposición general del concepto de derecho humanos, sus clasificaciones, y, en particular, el derecho a la salud, por un lado, y los derechos de las personas privadas de libertad, por otro, a nivel internacional, para luego revisar en los hallazgos la concepción de ambos en el ordenamiento jurídico chileno. Este encuadre favorece el análisis de las significaciones y controversias que se presentan al interior del quehacer de la Política de Salud implementada en las cárceles de Chile, lo que será revisado en quinta parada de este camino, en donde se da lugar a los hallazgos de la investigación.

#### 3.3.1.- CONCEPTO DE DERECHOS HUMANOS.

El reconocimiento de la existencia y protección de los derechos humanos y el surgimiento del Derecho de los Derechos Humanos, puede ser atribuido, por los partidarios del derecho natural, como una consecuencia de la aceptación de la existencia de derechos inherentes a la existencia de la persona, o bien, por otros, es atribuido a los procesos histórico - políticos de la primera mitad del siglo XXI, como respuesta a los actos de violencia y lesa humanidad, acaecidos en la primera y segunda guerra mundial.



Los derechos humanos han sido entendidos como “aquellos inherentes a la persona, irrevocables e inalienables, lo que implica que no pueden transmitirse, enajenarse o renunciar a ellos. Por definición, este concepto es universal e igualitario, e incompatible con los sistemas basados en la superioridad de una casta, raza, pueblo, grupo o clase social determinado”.(Llanos Mansilla & Llanos Mansilla, 2008) Por su parte, la Organización de Naciones Unidas, define los derechos humanos, como “*derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición... Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna*”(Naciones Unidas, 2016).

Destaca en la conceptualización de los derechos humanos, su carácter de inherente y universal a la persona, ya que, su existencia no depende del reconocimiento de un Estado en particular, ni de su régimen de gobierno, sino que pertenecen a todo ser humano por el solo hecho de serlo y se reconocen a todas las personas, sin distinción alguna.

### 3.3.2.- INSTAURACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL DERECHO INTERNACIONAL.

Independiente de la postura que se adopte sobre su origen, la importancia del reconocimiento normativo de los derechos humanos a nivel internacional es la conciencia de que el Estado Moderno, como órgano dotado de poder, por un lado, debe ser limitado en orden a impedir el uso desmedido de la fuerza en perjuicio de las personas, y el reconocimiento de la libertad individual frente al Estado, y por otro, debe avanzar hasta configurarse como un órgano garante de la dignidad del ser humano y de sus derechos fundamentales. Bajo esta concepción, el Estado está al servicio de la persona humana.

Para ello, la creación de organismos internacionales contribuyó a este avance, por medio de la introducción del Derecho de los Derechos Humanos, compuesto de

instrumentos normativos de carácter obligatorio, para los Estados parte, que los ratifiquen e incorporen a sus respectivos ordenamientos jurídicos internos, pues desde que se incorporan, estos derechos a las Constituciones propias de cada Estado, pasan a ser parte del estudio del Derecho Constitucional y se establecen como limitaciones al poder del Estado frente al particular. Para el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, los tratados son *“instrumentos capaces de contener el uso indebido del poder y limitar los poderes del Estado. Por tal motivo, los reconoce como parte del derecho público. Según esta teoría, todos los seres humanos son reconocidos jurídicamente como los titulares de estos derechos y el Estado como el sujeto obligado a respetar, proteger y garantizar estos derechos. Estas obligaciones se cumplen de acuerdo con las definiciones que hacen los propios tratados y convenios de derechos humanos”*.(López-Moreno, 2015)

Debido a que los derechos humanos han sido reconocidos de manera paulatina en distintos instrumentos normativos, han sido clasificados por la doctrina en tres grupos, acorde al avance de la sociedad en el reconocimiento de estos. *“En primer lugar surgieron los derechos civiles y políticos, es decir, los derechos reconocidos en las revoluciones liberales. En segundo lugar, corresponde al Estado social la conquista histórica de los derechos de segunda generación, como los derechos económicos, sociales y culturales, acaecidos, fundamentalmente, durante la Revolución Industrial del siglo XIX. El Estado constitucional, en cuanto Estado de derecho de tercera generación, expresa la última fase de conquista de derechos más novedosos y plurales de nuestra sociedad actual, tales como: el derecho a un medio ambiente saludable, el derecho a la libertad informática (que tuvo su origen durante la última revolución tecnológica o digital) y los derechos colectivos, entre otros más”* (Aguilera Portales & LópezSánchez, 2007)

Los grupos son los siguientes:

- a. Los derechos humanos civiles y políticos o de primera generación.
- b. Los derechos humanos económicos, sociales y culturales o de segunda generación.
- c. Los derechos humanos colectivos o de tercera generación.

En el primer grupo, encontramos aquellos derechos que se reconocen a la persona individualmente considerada, como el derecho a la vida, la tutela de la libertad, la libertad de expresión, y seguridad jurídica, la igualdad ante la ley, el derecho a la nacionalidad, y derecho al asilo. En el segundo grupo, encontramos los derechos relacionados a la persona como sujeto social, y se relacionan al aseguramiento de condiciones dignas de vida y el acceso a bienes materiales y culturales. En dicha categoría se reconocen el derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a la vivienda digna, y la seguridad social. Luego, en el tercer grupo, se reconocen los derechos humanos de orden colectivo, donde encuentran cabida el derecho a un medioambiente limpio y sin contaminación, el derecho a la paz, y el derecho a la libre determinación de los pueblos.

La clasificación anterior puede ser objeto de crítica, ya que lleva a suponer que existen derechos de primera, segunda y tercera categoría, y se establecieron diferencias en cuanto a la exigibilidad de cada uno. En efecto, algunos sostienen que los derechos económicos, sociales y culturales adolecen de un defecto de origen, que consiste, en que su exigibilidad no sería inmediata, como en el caso de los derechos civiles y políticos. Se pretende establecer una distinción en que en el caso de los derechos civiles y políticos se generarían obligaciones negativas o de abstención, mientras que los derechos económicos, sociales y culturales implicarían el nacimiento de obligaciones positivas, que deberían solventarse contra el erario público. Las obligaciones negativas se agotarían en un *no hacer* parte del Estado: no detener arbitrariamente, no aplicar penas, sin previo pronunciamiento judicial, etc. Por el contrario, *“la estructura de los derechos*

*económicos, sociales y culturales se caracteriza por obligar al Estado a hacer, es decir, a brindar prestaciones positivas: de servicios de salud, asegurando educación, sostener el patrimonio cultural y artístico. En este caso, el Estado debería necesariamente erogar recursos para llevar a cabo las prestaciones positivas que se exigen”(Abramovich & Courtis, 2004)*

Acorde a esta interpretación, los derechos de primera generación se ejercen por el individuo directamente y son exigibles al Estado. Normalmente se incorporan al ordenamiento jurídico mediante modificaciones constitucionales y/o legales, y son objeto, inmediato de respeto y garantía, sin excepción. En caso de amenaza, vulneración o afectación de esos derechos, se reconoce la existencia de una acción judicial que permite al particular reclamar ante el Estado para que restablezca el imperio del derecho, y si ello no ocurre, el Estado incurriría en responsabilidad. Por el contrario, los derechos económicos, sociales y culturales, acorde a aquella distinción, son exigibles a los Estados sólo en la medida en que el Estado cuente con los recursos materiales y técnicos, porque involucran la satisfacción de una necesidad, por lo que su exigibilidad está condicionada.

A diferencia de los derechos civiles y políticos, se caracterizó a los derechos económicos, sociales y culturales como aquellos en que la posibilidad de accionar es limitada, es decir, aunque igualmente importan una obligación para el Estado, su exigibilidad está condicionada, y en caso de menoscabo, no se le atribuye de inmediato la responsabilidad al Estado. En consecuencia, *“los derechos sociales imponen deberes de hacer, por lo que su violación no se manifiesta, por tanto, como en el caso de la libertad, en la falta de validez de actos que pueden ser anulados por vía jurisdiccional, sino en lagunas de disposiciones o en carencias de prestaciones que reclaman medidas coercitivas no siempre accionables.*(Aguilera Portales & LópezSánchez, 2007)

Contra tal argumento, y la alegada diferenciación entre los derechos de primera y segunda generación, han surgido voces que defienden que, independiente del

momento en que un derecho sea declarado como derecho humano, de primera, segunda o tercera generación, todos los derechos humanos revisten la misma importancia, y todos deben ser, igualmente, exigibles al Estado. Todos los derechos serían satisfechos, tanto por la vía de acciones u omisiones, y no se puede identificar cada categoría con un tipo propio de actuación del Estado para lograr su efectividad, en el sentido de que no todos los derechos civiles y políticos se satisfacen con la abstención o *no hacer* del Estado, ni todos los derechos económicos, sociales y culturales se satisfacen con el *hacer* o prestación, por lo que se propone abandonar aquella distinción que se fundamenta en el binomio acción – omisión.

Por otro lado, se alega la universalidad e interdependencia de los derechos humanos, conforme a lo cual, cualquier amenaza, afectación o vulneración de uno de ellos puede afectar otro, por lo que una vulneración de un derecho clasificado como civil o político, podría igualmente afectar uno de orden económico, social o cultural, de modo que ambos son igualmente exigibles.

### 3.3.3.- LAS OBLIGACIONES GENERALES EN EL DERECHO DE LOS DERECHOS HUMANOS.

La doctrina(Abramovich & Courtis, 2004) ha planteado un nuevo enfoque interpretativo del estudio de los derechos humanos y de la forma en que se podrá ponderar si un determinado Estado está cumpliendo con su compromiso, dejando de lado la categorización de primera, segunda y tercera generación de derechos humanos, sino en virtud de estándares que fijan las obligaciones estatales pactadas en los tratados internacionales de derechos humanos.

Al revisar los distintos instrumentos jurídicos del Derecho de los Derechos Humanos, encontramos declaraciones, pactos, tratados, y convenciones, todos los que, al abordar el tratamiento de los derechos humanos, utilizan diversas expresiones para definir el estándar de exigibilidad de cada derecho, y a partir de

las cuales se construye esta interpretación basada en obligaciones. Se trata de las obligaciones de “respetar”, “proteger”, “garantizar”, y “promover”.

Las distinciones, entre cada tipo de obligaciones, son importantes, pues allí se encuentra la fuente de la prerrogativa del individuo para exigir al Estado el cumplimiento de los compromisos asumidos al ratificar un tratado internacional de derecho humanos, entendiendo que existe una relación jurídica bilateral, en que al individuo se le atribuye un derecho, que tiene como contrapartida, una obligación positiva o negativa del Estado, en orden a satisfacer tal derecho, en el cual el estándar de exigibilidad es el que permite al juez determinar si se satisface o no la obligación.

En concreto, en la presente investigación, las obligaciones generales con los cuales se ha identificado al derecho a la salud en los instrumentos jurídicos internacionales permiten dilucidar el estándar de exigibilidad del derecho a la salud en Chile.

En este punto, se hace eco a lo expuesto por la académica Sandra Serrano, que explica que *“las obligaciones generales son el mapa que nos permite ubicar las conductas exigibles tanto respecto de casos particulares como en relación con la adopción de medidas y legislación. De lo que se trata es de hacer una lectura de los derechos a la luz de cada una de las obligaciones”*.(Serrano, 2015) La autora aporta con el siguiente cuadro resumen:

**Cuadro N°1: Objetivos, conductas y cumplimiento de las obligaciones.**

Obligación	Objetivo respecto del derecho	Conducta requerida para salvaguardar el derecho	Violación de DH	Cumplimiento
<b>Respetar</b>	Mantener	Negativa	Positiva, el Estado la viola cuando actúa	Inmediato
<b>Proteger</b>	Mantener	Negativa<Positiva		Inmediato>Progresivo
<b>Garantizar</b>	Realizar	Positiva(acción)	Negativa, el Estado la viola cuando no actúa	Inmediato-progresivo
<b>Promover</b>	Mejorar	Positiva (acción)	Negativa, el Estado la viola cuando no actúa	Progresivo

Fuente: Serrano.S, Vásquez. D.

Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos.(Serrano, 2015)

Cabe señalar, que la referencia a obligaciones positivas y negativas, se hace en el sentido de que una obligación negativa se traduce en una abstención de realizar una determinada actividad para el Estado, mientras que una obligación positiva, puede significar tanto la disposición del erario público, con el propósito de solventar determinada prestación, pero, el Estado, también, *puede “asegurar el goce de un derecho a través de otros medios, en los que pueden tomar parte activa otros sujetos obligados”*(Abramovich & Curtis, 2004), y, en general, puede manifestarse a través de un amplio espectro de acciones.

a. El deber de respetar

Para la Real Academia Española de la Lengua, respetar implica *“veneración o acatamiento, miramiento, consideración o deferencia”*(ASALE, 2019). En este caso, el respecto a los derechos humanos implica una conducta negativa, o de abstinencia, es decir, no interferir o impedir el acceso al derecho, se *“trata de una*

*obligación tendiente a mantener el goce del derecho, y su cumplimiento es inmediatamente exigible, cualquiera que sea la naturaleza del derecho”.*(Serrano, 2015)

No obstante lo anterior, dado que la obligación general y básica hacia los derechos humanos es la de respeto, su natural limitación es el derecho de los otros, de modo que puedan convivir. En segundo lugar, ciertos instrumentos regulan las formas en que tales derechos pueden ser limitados, en la medida que tales limitaciones sean *“establecidas en una norma que tenga carácter de ley y que regule sus condiciones generales y las circunstancias que la autorizan, en consecuencia, las restricciones a los derechos deben atender a ciertas características formales y materiales para su aprobación y cumplir los requisitos de generalidad y abstracción”.*(Serrano, 2015)

b. El deber de proteger.

Proteger es “amparar, favorecer, defender a alguien o algo”(ASALE, 2019), en este sentido, el estándar exige respecto del Estado como conducta mayoritariamente positiva o de acción, el impedimento que un tercero obstaculice el acceso al derecho.

*“En un primer nivel, la protección conlleva tanto una conducta de vigilancia hacia los particulares y los propios agentes estatales, como el establecimiento del aparato que permita llevar a cabo tal vigilancia y reaccionar ante los riesgos para prevenir violaciones...Dado que se trata de las obligaciones del Estado por acciones de particulares, su responsabilidad surge hasta el momento en que el riesgo es real e inminente y además es conocido o debiera serlo por el Estado. Entonces, el Estado incumple su obligación y, por tanto, cae en responsabilidad sólo si una vez iniciado el riesgo conocido no realizará las acciones necesarias para impedir la consumación de la violación”.*(Serrano, 2015)



c. El deber de garantizar.

El concepto de garantizar implica “asegurar y proteger contra algún riesgo o necesidad”. En el marco de los derechos humanos, la obligación de garantizar, conlleva una actuación positiva o de acción para el Estado, que asume un compromiso de garantía, tanto inmediato, como progresivo, en orden a ampliar los medios institucionales utilizados para garantizar el derecho. La garantía considera, principalmente, poner a disposición de la persona que no puede proveerse por sí misma el acceso al derecho, los medios para su realización. En este sentido, la obligación de garantizar implica, en palabras de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, “el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos”(Serrano, 2015)

d. El deber de promover.

Promover significa “impulsar el desarrollo o la realización de algo”. Lo anterior, implica una acción en pos de la mejora de la situación actual del derecho, por parte del Estado, y poner a disposición de las personas medios para el acceso al derecho. Tiene dos objetivos principales, por una parte que las personas conozcan sus derechos y mecanismos de defensa y, por otra, avanzar en la satisfacción del derecho, esto es, ampliar la base de su realización. Es decir, no se trata de un deber meramente promocional, sino que debe tenderse al desarrollo del empoderamiento de los ciudadanos desde y para los derechos”(Serrano, 2015)

A continuación se presenta una recopilación de los instrumentos internacionales del Derecho de los Derechos Humanos, en los cuales se concentra la búsqueda de la fuente de la obligación del Estado, en relación al reconocimiento del derecho a la salud, y los derechos de las personas privadas de libertad, y el estándar de

exigibilidad de éstos derechos, según la perspectiva con la que se abordan en estos instrumentos.

### 3.3.4.- EL DERECHO A LA SALUD EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

- CONCEPTO DE DERECHO A LA SALUD.

¿Cómo debemos entender este derecho?, siguiendo lo refrendado por la Organización Mundial de la Salud, deberemos entender que *“incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente”*(Observación General N° 20, 2009)

Luego, al concebir este derecho en las diferentes declaraciones y tratados, que pasamos a analizar, se observa que se utilizan expresiones como “derecho a la salud”, “derecho al más alto nivel posible de salud física y mental”, el “derecho a que la salud sea preservada”, por ejemplo. Todas estas nomenclaturas son el reflejo de la concepción del derecho a la salud y la forma en que en cada instrumento plantea su exigibilidad.

Como observación general, cabe anotar que el deber del Estado en relación a la salud de la población, no es una obligación de aquéllas en que se condiciona al sujeto a conseguir un resultado, pues, la salud en sí es el resultado de la conjugación de factores físicos, ambientales y sociales, sino que es una obligación de medios, en que el Estado asume el compromiso de llevar cabo acciones para conseguir el fin, que es la preservación de la salud.

El Comité de derechos económicos, sociales y culturales en su Observación General N° 14, respecto del artículo 12 del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, “declara explícitamente que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano...”. Luego, en la misma

parte, el comité se encarga de precisar: *“El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”*(Figueroa García-Huidobro, 2013).

- INSTRUMENTOS DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS QUE TRATAN SOBRE EL DERECHO A LA SALUD.

Los documentos revisados, y que se exponen a continuación, son los siguientes:

1. La Declaración Universal de Derechos Humanos.
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
4. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.
5. Convención Americana sobre Derechos Humanos.
6. Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes y la administración penitenciaria en el contexto de los Derechos Humanos.
7. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos.
8. Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos.

**1. Declaración Universal de Derechos Humanos (Resolución 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de fecha 10 de diciembre de 1948).**

En primer lugar, es preciso puntualizar que la presente declaración constituye el resultado de un primer esfuerzo de la Asamblea General de las Naciones Unidas

por plasmar en un articulado, de 30 disposiciones, los derechos y libertades que siendo inherentes a toda persona, deben ser reconocidos por los Estados. Sin embargo, en su origen, constituye un instrumento orientador de los derechos humanos que se consideran esenciales, por tratarse de un documento declarativo de principios, que carecía de obligatoriedad y fuerza vinculante, por lo que sus disposiciones no pueden analizarse aisladamente, sino que deben interpretarse armónicamente con el resto del ordenamiento jurídico internacional en materia de Derechos Humanos, específicamente, los diversos Pactos Internacionales de Derechos Humanos y sus protocolos (Naciones Unidas, 2017). Justamente, por tratarse de una declaración, la fuerza obligatoria de sus disposiciones se materializó a través de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y sus respectivos protocolos, que recogen lo dispuesto en la Declaración y al ser suscritos y ratificados por las diversas naciones, en su carácter de tratados internacionales, obligan a los Estados firmantes que los adoptan, e incorporan dichos Pactos al ordenamiento jurídico interno.

Hecha la precisión, un análisis del articulado de esta Declaración permite visualizar el marcado acento en torno al reconocimiento de la persona humana, sus atributos y garantías, estimadas como fundamentales, con especial énfasis en la libertad e igualdad de las personas ante la ley, recogidas en los artículos 1° y 2°, garantías de las cuales se desprenden todos los demás derechos que seguidamente declara y reconoce, a saber: derechos de carácter personal; derechos del individuo en relación con la comunidad; derechos de pensamiento, de conciencia, de religión y de libertades políticas; derechos económicos, sociales y culturales.

En la materia del presente análisis, se pueden destacar los siguientes artículos relevantes:

- “**Artículo 3:** Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”
- “**Artículo 7:** Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción,

**derecho a igual protección de la ley.** Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación”

En estas dos disposiciones encontramos, claramente reconocido, el derecho a la vida y la igualdad de las personas ante la ley. Sin embargo, no encontramos texto expreso que recoja el derecho a la salud en forma individual, cuestión problemática, si consideramos que este instrumento jurídico internacional tiene un carácter declarativo, que establece principios y garantías básicas para las naciones que orienten sus propias legislaciones a lo que en ella se explicita, razón por la cual no aporta una guía clara en torno a la entidad e importancia del derecho a la salud y su necesidad de reconocimiento y protección.

Por otro lado, para interpelar la situación descrita en el párrafo anterior, sería de utilidad aplicar una interpretación extensiva, la que podría llevarnos a concluir que el derecho a la vida debe, necesariamente, comprender el derecho a la integridad física y psíquica de los individuos y, por consiguiente, el derecho al goce de dicha integridad entendido como el derecho a la salud.

Asimismo, si consideramos el reconocimiento de la garantía del artículo 7° transcrito (igual protección de la ley en el ejercicio de los derechos), debemos forzosamente concluir que toda persona, incluso, aquellas privadas de libertad deben tener asegurado el resguardo de los derechos humanos.

Luego, la Declaración contempla el derecho a la seguridad social y a un nivel de vida adecuado, en el cual se integra la salud, como se transcribe a continuación:

- **“Artículo 22:** Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene **derecho a la seguridad social**, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y

culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

- “Artículo 25:

1. Toda persona tiene **derecho** a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (...).”

Las normas citadas, en principio, referidas a la salud y bienestar de los individuos, y a su correcta subsistencia, más que referirse al establecimiento de un derecho a la salud propiamente tal, sientan las bases del Sistema de Seguridad Social, reconocido por casi la totalidad de los Estados modernos (aunque con profundas diferencias) y que se orienta al reconocimiento de un sistema que permita a los propios individuos la satisfacción de sus necesidades básicas, exigiendo de la institucionalidad un rol que **no obstaculice** el legítimo acceso de los individuos a este tipo de prestaciones. De esta manera y a la luz de la interpretación comentada, es que tienen cabida los diversos Sistemas de Seguridad Social que existen en el mundo, ya que este instrumento internacional no es categórico en consagrar, de manera definitiva, el derecho a la salud, sino que se limita a definir la existencia de un sistema de seguridad social, cuyo contenido será completado por cada país, el que debe contemplar el derecho a la salud.

En cuanto a los derechos humanos de las personas privadas de libertad, la Declaración ampara los siguientes derechos:

- **“Artículo 5:** *Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.*
- **“Artículo 9:** *Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado”.*

- **“Artículo 11:**

*1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.*

*2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito”.*

Los artículos recién transcritos, se pronuncian en relación a la libertad personal e individual, centrándose tanto, en la privación de libertad, como en el juzgamiento y aplicación de una pena. Sin embargo, la presente declaración nada dice, nuevamente, de los derechos y garantías que deben otorgarse a los individuos una vez juzgados y condenados, es decir, nada dice respecto del cumplimiento de la pena y las garantías, dignidad y derechos que poseen todos quienes se hallaren en dicha situación de privación de libertad.

**2. Pacto internacional de derechos civiles y políticos (Res. 2200 A (XXI) de las O.N.U, adoptado el 16 de diciembre de 1966, entró en vigor el 10 de febrero de 1972)**

Este tratado internacional suscrito por Chile, y ratificado el 10 de febrero de 1972, posee fuerza vinculante como ley de la República, al haber sido tramitado, aprobado, ratificado y promulgado en conformidad a lo establecido en los artículos 32 N°15 y 54 N°1 de la Constitución Política de la República de Chile.

A diferencia de lo señalado en el punto 1, este Tratado tiene fuerza normativa vinculante en Chile, al igual que para todos los Estados que lo han ratificado, debiendo adecuar la normativa interna a sus disposiciones y exigencias.

En el caso de Chile, conforme al Artículo 5°, inciso segundo, de su Constitución Política de la República, se instaura el deber del Estado de garantizar los derechos reconocidos en la Constitución, así como en los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran vigentes.

Los derechos humanos establecidos en este instrumento, recogidos, principalmente en sus artículos 1° a 27°, pueden sintetizarse en: Derecho a la libre determinación de los pueblos; Garantía de los estados de no exclusión del presente Pacto por condiciones sociales, personales y económicas, de los individuos que integran cada Estado Parte y otros derechos tendientes a su protección, entre otros; Protección por motivos de sexo, religiosos, raciales u otras formas de discriminación. De este modo, se recogen abundantemente las garantías de la Declaración Universal de Derechos Humanos, reforzando la obligatoriedad de las mismas, como se lee, por ejemplo, en el artículo 2° que se transcribe a continuación:

*“Artículo 2:*

***1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.***

***2. Cada Estado Parte se compromete a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del presente Pacto, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto y que no estuvieren ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter.***

***3. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a garantizar que: a) Toda persona cuyos derechos o libertades reconocidos en el***



*presente Pacto hayan sido violados podrá interponer un recurso efectivo, aun cuando tal violación hubiera sido cometida por personas que actuaban en ejercicio de sus funciones oficiales; b) La autoridad competente, judicial, administrativa o legislativa, o cualquiera otra autoridad competente prevista por el sistema legal del Estado, decidirá sobre los derechos de toda persona que interponga tal recurso, y a desarrollar las posibilidades de recurso judicial; c) Las autoridades competentes cumplirán toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso.*

De este modo, se avanzó, ciertamente, en el establecimiento de un marco jurídico, en el que se reconocieron los derechos humanos civiles y políticos, y se asume una obligación de garantizar a los Estados parte, lo cual, como se señaló previamente, implica incorporar todas las medidas legislativas y de orden institucional, para asegurar la efectividad de tales derechos.

En cuanto a la premisa objeto del presente análisis, se parte desde el reconocimiento expreso del derecho a la vida, pero se configura únicamente como una garantía de la existencia de la persona humana, consistente en el hecho de que nadie puede ser privado de la vida de manera arbitraria, tal y como reza el artículo 6°, que dispone:

*“Artículo 6:*

*1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.*

No obstante, el derecho a la salud no se reconoce de manera independiente, como tampoco se desarrolla el derecho a la integridad del individuo, por lo tanto, vale reiterar lo ya señalado en el punto 1 anterior, toda vez que no se observa mención alguna, en todo el articulado del presente tratado, al derecho a la integridad del individuo, en su dimensión física y psíquica, tal y como hemos

venido razonando, que podría permitir inferir el derecho a la salud, entendido como el derecho al goce de esta integridad.

Un aspecto interesante, respecto del régimen penitenciario, surge de la lectura del Pacto que en su artículo 10° N°3, se refiere al régimen penitenciario, cuando dispone:

*“Artículo 10:*

*1. Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.*

*2. a) Los procesados estarán separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento distinto, adecuado a su condición de personas no condenadas; b) Los menores procesados estarán separados de los adultos y deberán ser llevados ante los tribunales de justicia con la mayor celeridad posible para su enjuiciamiento.*

***3. El régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad será la reforma y la readaptación social de los penados.** Los menores delincuentes estarán separados de los adultos y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su edad y condición jurídica.*

El artículo citado, al establecer como finalidad del sistema penitenciario la “reforma y readaptación de los condenados”, no aclara los mecanismos, vías de acción ni exigencias, que se imponen a los Estados parte de dicho tratado, para cumplir aquella finalidad.

Naturalmente, tampoco nada se dice en relación a la situación de los sujetos privados de libertad y su derecho de acceso a la salud, remitiéndose, solamente al reconocimiento de las garantías consagradas al tratamiento de los detenidos, imputados y procesados por delitos, y a la privación de libertad de estos.

Por tratarse de una norma general, el establecimiento de los mecanismos queda al arbitrio de cada Estado. Se pudiese pensar que las condiciones sanitarias

mínimas, son un requisito *'sine qua non'* para garantizar la dignidad de las personas privadas de libertad y satisfacer la exigencia de reinserción social, pero no encontramos otras disposiciones que permitan confirmar dicha interpretación, por lo que, el tratado analizado sigue siendo insuficiente para abordar la real posibilidad de ejercer el Derecho a la Salud en contextos de encierro, desde el establecimiento de este instrumento.

**3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Res. 2200 A (XXI) de las O.N.U, adoptada el 16 de diciembre de 1966, ratificado por Chile en el año 1972).**

Este Tratado internacional, al igual que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1966 e incorporado al ordenamiento jurídico nacional chileno mediante la ratificación, en cumplimiento del procedimiento, que, para ello, dispone nuestra carta fundamental(Chile Ministerio del Interior, 1980), adquiriendo el carácter vinculante y fuerza obligatoria de una ley de la República.

Cabe destacar, como primera diferencia con respecto del Pacto Internacional de derechos civiles y políticos, que en este segundo Pacto los Estados partes asumen un compromiso para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos humanos que se abordan, hasta el máximo de los recursos disponibles, y por todos los medios apropiados, según su Artículo 2°:

*Artículo 2*

*1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas*

*legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.*

*2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.*

*3. Los países en vías de desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.*

Lo anterior, difiere del carácter imperativo con que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos asume el reconocimiento y protección de los derechos civiles y políticos, en el que los Estados Parte se comprometen a respetar y garantizar los derechos reconocidos en ese Pacto, y asumen la obligación de adoptar, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legales o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en dicho Pacto.

Lo anterior, es la consecuencia natural de la perspectiva con que se abordó en principio la protección de los derechos llamados de segunda generación, en orden a que los Estados deben propender al aseguramiento de su plena efectividad, en la medida en que cuentan con los recursos para ello, por lo tanto, el estándar de exigibilidad por parte de las personas está condicionado a la existencia de medios económicos y técnicos, sin que sea posible exigir su aseguramiento a un Estado que no cuente con tales herramientas, como se señaló anteriormente. No obstante, es de suma importancia, recalcar la progresividad con la que debe garantizarse el derecho a la salud, pues va en beneficio de aquellos que más desvalidos. Siguiendo a Ferrajoli, Aguilera y López señalan que “*Los derechos sociales pueden considerarse como derechos a prestaciones en sentido estricto, que consisten en “derechos del individuo frente al Estado a algo que —si el*

*individuo poseyera medios financieros suficientes y si encontrase en el mercado una oferta suficiente— podría obtenerlo también de particulares”;* en consecuencia, su reivindicación interesa a todas las personas, pero fundamentalmente a los miembros más vulnerables de la sociedad, cuyo acceso a dichos recursos suele ser escaso y a veces nulo o inexistente. (Aguilera Portales & LópezSánchez, 2007)

En su parte medular, en sus artículos 6° a 15°, encontramos la consagración de los siguientes derechos fundamentales: i) Derecho a trabajar y libre elección de empleo; ii) Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias; iii) Libertad sindical y derecho de huelga; iv) Derecho a la seguridad social; v) Protección de la familia y los menores; vi) Derecho a un nivel de vida adecuado y a la mejora continua de las condiciones de existencia; **vii) Derecho a la salud;** viii) Derecho a la educación; ix) Derecho a participar en la vida cultural. Protección, desarrollo y difusión de la ciencia y la cultura.

En este instrumento vemos recogido, por primera vez, en forma independiente y detallada, el derecho a la salud, por cuanto su artículo 12 dispone:

*“Artículo 12*

*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al **disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.***

*2. Entre las **medidas** que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

*a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*

*b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*

*c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*

*d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.*

El artículo precedente establece el derecho de toda persona al **"disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"**, y, por primera vez, en este tipo de instrumentos, establece la obligación los Estados Parte de reconocerlo y adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho. De este modo, se consagra, además, el **principio de igualdad** en el ejercicio de esta garantía, por cuanto exige la implementación de un sistema de salud, que proporcione las mismas oportunidades a todos los individuos, tanto para controlar su salud y decidir sobre su cuerpo, como el acceso a un sistema de salud que le permita a cada individuo gozar del máximo nivel de salud posible.

El Comité de Derechos económicos, sociales y culturales de Naciones Unidas, en su Observación General N° 9 del año 2005, se ha referido a la interpretación del derecho a la salud en este Pacto, y señala que "El concepto del 'más alto nivel posible de salud', a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta, tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse, únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios".(Figueroa García-Huidobro, 2013)

Asimismo, este derecho al llevarlo a la implementación, se relaciona directamente con las políticas públicas y programas de salud que promuevan medidas destinadas a establecer un sistema sanitario eficiente para su población.

La norma transcrita en su número 2°, ilustra una serie de medidas enfocadas en materializar este derecho y que deben ser adoptadas por los Estados parte, las

que, sin ser taxativas, aportan en gran medida una guía para que los propios países adecuen sus ordenamientos jurídicos para la satisfacción de dicho derecho fundamental.

En cuanto, a los sujetos a quienes les asiste directamente esta garantía, la norma en análisis no hace distinción alguna, es más, consagra este derecho de manera universal, por ello, constituye el principal argumento para sostener la existencia de un mandato obligatorio para los Estados, en orden a garantizar la no discriminación, la disponibilidad, la calidad y la universalidad de este derecho, en tanto derecho humano. Adecuar las políticas públicas internas de Chile, para garantizar condiciones sanitarias mínimas en los Centros de Cumplimiento Penitenciarios, el control epidemiológico y el acceso a prestaciones médicas oportunas de la población penal, entre otras medidas, constituyen expresiones concretas del concepto de salud anotado.

En cuanto a la exigencia impuesta a los Estados de respetar este y todos los derechos consagrados en el Tratado Internacional en análisis, es menester señalar el rol del denominado Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de fiscalizar el cumplimiento del Pacto, pudiendo hacer observaciones y recomendaciones generales a la Asamblea General de la O.N.U.

#### **4. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (IX Conferencia internacional americana, Bogotá en 1948, adoptado por Chile en el año 1990).**

Este instrumento, no obstante, haber sido pionero al instalar, por primera vez, un catálogo internacional contemporáneo derechos humanos, y que fuera aprobado con anterioridad a la Declaración Universal de Derechos Humanos (revisada en el punto 1), al igual que esta última, posee un carácter eminentemente declarativo,

de forma, que su contenido no posee fuerza obligatoria para los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA).

Dividido en dos Capítulos y un preámbulo, en sus 38 artículos podemos distinguir, principalmente, derechos y obligaciones, a saber: i) derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona; ii) igualdad ante la Ley; iii) libertad religiosa y de culto; iv) libertad de investigación, opinión, expresión y difusión; v) protección a la honra, la reputación personal y la vida privada; vi) derecho a la constitución y a la protección; vii) derecho de protección a la maternidad y a la infancia; viii) derecho de residencia y tránsito; ix) inviolabilidad del domicilio; x) derecho a la inviolabilidad y circulación de la correspondencia; **xi) derecho de preservación de la salud y al bienestar**; xii) derecho a la educación; xiii) derecho a los beneficios de la cultura; xiv) derecho al trabajo y a una justa retribución; xv) derecho al descanso y a su aprovechamiento; xvi) derecho a la seguridad social; xvii) reconocimiento de la personalidad jurídica y de los derechos civiles; xviii) derecho de justicia; xix) derecho de nacionalidad; xx) derecho de sufragio y de participación en el gobierno; xxi) derecho de reunión; xxii) derecho de asociación; xxiii) derecho a la propiedad; xxiv) derecho de petición; xxv) protección contra la detención arbitraria; xxvi) derecho a un proceso regular; xxvii) derecho de asilo; xxviii) Alcance de los derechos del hombre.

De los derechos transcritos, resulta relevante analizar los siguientes:

**“Artículo 1:** *Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona.*

*Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*

**“Artículo 2:** *Derecho de igualdad ante la Ley.*

*Todas las personas son iguales ante la Ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna”.*



***“Artículo 11: Derecho a la preservación de la salud y al bienestar.***

***Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.***

Una mirada armónica de los artículos transcritos permite colegir, que este instrumento consagra, tempranamente, como principios fundamentales, el respeto de la vida, la integridad de la persona, su salud y su bienestar, de modo igualitario, inalienable y universal. Debemos entender, por tanto que las garantías enunciadas, serán el punto de partida de todo el ordenamiento jurídico internacional de los derechos humanos, que, posteriormente, será recogido por las legislaciones locales, siendo, esta, precisamente, la gran contribución que la declaración representa en el ordenamiento jurídico internacional.

Es el propio artículo 11 de este instrumento, el que detalla los aspectos constitutivos de la noción de salud y bienestar, cuya preservación debe alentarse (alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica), percibiéndose una concepción compleja de estos derechos, como expresión de la satisfacción de las necesidades básicas, en todos los planos, de todo ser humano. Esta noción refuerza la tesis de que no estamos en presencia de derechos aislados, inconexos o que se ejercen y garantizan sólo bajo ciertas circunstancias, sino más bien, que estamos en presencia del germen de derechos que inherentes a toda persona, por el sólo hecho de ser tal, sin ninguna otra consideración.

Sin embargo, en cuanto a la sujeción y fuerza coercitiva de este instrumento, nos remitimos a lo ya señalado, por cuanto no alcanza el estatus de norma jurídica internacional al modo de un tratado internacional, configurándose como un marco eminentemente referencial.

## **5. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica, adoptado por Chile en el año 1990)**

Este tratado internacional, suscrito en el año 1969 y ratificado por Chile en el año 1990, de conformidad a la Constitución Política de la República de Chile, constituye una norma jurídica vinculante en el Estado de Derecho chileno, logrando avanzar en el contenido de la denominada Convención Americana de Derechos Humanos, que establece el sistema de Interamericano de Derechos Humanos y posee estatus de Tratado Internacional, recoge el el catálogo de derechos humanos, introducido en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.

En sus 82 artículos, la Convención reproduce muchos de los derechos y garantías consagrados otros instrumentos diversos, siendo relevantes para el análisis de esta tesis los consagrados en los artículos 4°, 5°, 24° y 26°, que declaran:

### ***“Artículo 4. Derecho a la Vida***

*1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente (...).”*

### ***“Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal***

*1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.*

*2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.*

*3. La pena no puede transcender de la persona del delincuente.*

*4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.*

*5. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los*

*adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible para su tratamiento.*

*6. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados”.*

**“Artículo 24. Igualdad ante la Ley**

*Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley”.*

**CAPÍTULO III: DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

**“Artículo 26. Desarrollo Progresivo**

*Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”.*

La citada Convención no reconoce, expresamente, el derecho a la salud, sino que reitera las ideas, ya analizadas en los puntos anteriores de esta exposición y que fueron largamente tratados, abordando desde una perspectiva general, el derecho a la vida, la integridad y la igualdad ante la ley, que veremos plasmados en la Constitución Política de la República y, demás normas del ordenamiento jurídico interno chileno, como se analizará más adelante. Hasta este punto, pareciera ser una reiteración de ideas, sin que podamos advertir una enunciación explícita del derecho a la salud y donde la referencia a los procedimientos penales y las personas privadas de libertad, se relaciona únicamente con garantías procedimentales.

Por otro lado, también podemos vislumbrar una conexión con el tema que nos convoca, en el texto del artículo 26, relativo al reconocimiento de los derechos económicos sociales y culturales y la exigencia para los Estados que forman parte de este Pacto, de propender a su reconocimiento y satisfacción, garantizando el derecho de toda persona a alcanzar su máximo bienestar en aspectos tales como vivienda, educación, salud, trabajo, desarrollo económico, etc.(OEA, 2009), noción que vemos también consagrada en el, ya transcrito, Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (véase punto N°3), que en su artículo 12 establece el deber de *Los Estados de reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

En cuanto a la institucionalidad internacional encargada de velar por el respecto efectivo de las garantías consagradas en el presente instrumento, cabe mencionar que, por regla general, los sistemas internacionales van a exigir haber agotado los recursos internos, es decir, haber empleado todas las vías que entrega un determinado Estado para reclamar por esa afectación a un derecho, siendo los mecanismos internacionales para la protección de los derechos humanos, una vía excepcional. A este respecto, en relación a la observancia del presente tratado cabe señalar que los órganos a los cuales es posible recurrir a fin de promover y proteger los derechos humanos en la región son: i) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH); ii) la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). La existencia de esta institucionalidad supranacional, de carácter regional (que atañe a todos los Estados miembros de la región), refuerza lo sostenido en cuanto a que el presente tratado, suscrito por Chile y por los otros Estados, es obligatorio y absolutamente vinculante.

## **6. Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes y la administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos (adoptado por Chile en 1998)**

Esta convención fue aprobada por la Asamblea General de la O.N.U, mediante resolución N°39/46 de fecha 10 de diciembre de 1984, ratificada y promulgada por Chile en el año 1988, por Decreto N°808.

En cuanto, las normas relevantes, cabe señalar:

**“Artículo 1°:**

*1. A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término “tortura ” todo acto por el cual se inflija internacionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean influidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instituciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas. 2. El presente artículo se entenderá sin perjuicio de cualquier instrumento internacional o legislación nacional que contenga o pueda contener disposiciones de mayor alcance”.*

**“Artículo 2°:**

*1. Todo Estado Parte tomará medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole eficaces para impedir los actos de tortura en todo territorio que este bajo su jurisdicción (...).”.*

**“Artículo 10°:**

*1. Todo Estado Parte velará por que se incluya una educación y una información profesional del personal encargado de la aplicación de la ley, sea éste civil o militar del personal médico, de los funcionarios públicos y otras personas que puedan participar en la custodia, el interrogatorio o el tratamiento de cualquier persona sometida a cualquier forma de arresto, detención o prisión.*

*2. Todo Estado Parte incluirá esta prohibición en las normas o instrucciones que se publiquen en relación con los deberes y funciones de esas personas”.*

*“Artículo 16°: Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y que no llegue a ser tortura, tal como se define en el artículo 10 , cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio que funciones oficiales., o por investigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona. Se aplicarán, en particular, las obligaciones enunciadas en los artículos 10, 11, 12, y 13, sustituyendo las referencias a la tortura por referencias a otras formas de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes”.*

Esta Convención, plenamente vigente en Chile como Ley de la República, en tanto Tratado Internacional ratificado por el país, discurre en torno a la noción de tortura explicitada en su artículo 1° y el deber de los Estados miembros de impedir actos constitutivos de dichas conductas. A este respecto, cabe anotar que el tratamiento de las personas privadas de libertad y la prohibición de infligir sufrimientos y tormentos, tiene directa relación con los procedimientos judiciales y las garantías fundamentales que le asisten a quienes son sometidos la jurisdicción penal del país. Sin embargo, su alcance permanece reducido a la búsqueda de un trato digno, a impedir toda clase de apremios ilegítimos y al resguardo de la seguridad individual del recluso, sin aportar elementos que permitan extender dichas garantías a las condiciones de salubridad pública y condiciones sanitarias en los recintos penitenciarios. Del examen del instrumento analizado, se desprende que su aplicación es más bien ‘ex ante’, es decir, se configura como una herramienta necesaria en el procedimiento judicial y procesamiento de personas, a quienes se les imputa la comisión de determinados delitos y, de manera más excepcional, al tratamiento de los internos en el sistema penal, pero siempre en la medida en que dicho tratamiento implique abuso de autoridad y despliegue activo de conductas por parte de agentes del Estado.

De este modo, se observa que no se hace cargo de la omisión, de la ausencia de condiciones mínimas adecuadas para brindar un trato digno a los internos de los establecimientos penitenciarios, constituyendo, por tanto, un instrumento demasiado específico para el análisis relativo a la salud penitenciaria en Chile.

**7. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos.** Estas reglas mínimas fueron adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

En su parte preliminar refiere que su objeto consiste en “*establecer, inspirándose, en conceptos generalmente admitidos en nuestro tiempo, y en los elementos esenciales de los sistemas contemporáneos más adecuados, los principios y las reglas de una buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de los reclusos*”. Así las cosas, más que un catálogo de reglas, podríamos entenderlas como un conjunto de directrices generales, que otorgan pautas medibles, exigidas para el correcto desenvolvimiento de la organización penitenciaria, las que deberán adaptarse a la realidad local de los Estados.

Veamos algunas de estas reglas:

#### **Servicios médicos**

##### **Regla 22.**

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

2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional.

3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

**Regla 23.**

1) En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento.

2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.

**Regla 24.**

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

**Regla 25.**

1) **El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos.** Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención.

2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud



física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.

**Regla 26.**

1) El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado.

2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones.

*Personal penitenciario*

**Regla 49.**

1) En lo posible se deberá añadir al personal un número suficiente de especialistas, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros e instructores técnicos.

2) Los servicios de los trabajadores sociales, de maestros e instructores técnicos deberán ser mantenidos permanentemente, sin que ello excluya los servicios de auxiliares a tiempo limitado o voluntarios.

*Regla 52.*

1) En los establecimientos cuya importancia exija el servicio continuo de uno o varios médicos, uno de ellos por lo menos residirá en el establecimiento o en su cercanía inmediata.

2) En los demás establecimientos, el médico visitará diariamente a los presos y habitará lo bastante cerca del establecimiento a fin de que pueda acudir sin dilación cada vez que se presente un caso urgente.

## **Segunda parte: Reglas aplicables a categorías especiales**

### **A.-Condenados**

#### **Regla 62.**

**Los servicios médicos del establecimiento se esforzarán por descubrir y deberán tratar todas las deficiencias o enfermedades físicas o mentales que constituyen un obstáculo para la readaptación del recluso. Para lograr este fin deberá aplicarse cualquier tratamiento médico, quirúrgico y psiquiátrico que se juzgue necesario.**

#### **Trabajo**

#### **Regla 74.**

- 1) *En los establecimientos penitenciarios se tomarán las mismas precauciones prescritas para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores libres.*
- 2) *Se tomarán disposiciones para indemnizar a los reclusos por los accidentes de trabajo y **enfermedades profesionales**, en condiciones similares a las que la ley dispone para los trabajadores libres.*

### **B.- Reclusos alienados y enfermos mentales**

#### **Regla 82.**

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

#### **Regla 83.**

*Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos*

competentes, para que, en caso necesario, se **continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social post-penitenciaria de carácter psiquiátrico.**

**C.- Personas detenidas o en prisión preventiva**

**Regla 91.**

*Se permitirá que el acusado sea visitado y atendido por su propio médico o su dentista si su petición es razonable y está en condiciones de sufragar tal gasto.*

**D.- Sentenciados por deudas o a prisión civil**

**Regla 94.**

*En los países cuya legislación dispone la prisión por deudas u otras formas de prisión dispuestas por decisión judicial como consecuencia de un procedimiento no penal, los así sentenciados no serán sometidos a mayores restricciones ni tratados con más severidad que la requerida para la seguridad y el mantenimiento del orden. El trato que se les dé no será en ningún caso más severo que el que corresponda a los acusados a reserva, sin embargo, de la obligación eventual de trabajar.*

**E.- Reclusos, detenidos o encarcelados sin haber cargos en su contra**

**Regla 95.**

*Sin perjuicio de las disposiciones del artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, las personas detenidas o encarceladas sin que haya cargos en su contra gozarán de la misma protección prevista en la primera parte y en la sección C de la segunda parte. Asimismo, serán aplicables las disposiciones pertinentes de la sección A de la segunda parte cuando esta aplicación pueda redundar en beneficio de este grupo especial de personas bajo custodia, siempre que no se adopten medidas que impliquen que la reeducación o la rehabilitación proceden en forma alguna respecto de personas no condenadas por un delito penal.*

Las reglas antes transcritas, configuran un extenso y pormenorizado detalle que aporta lineamientos concretos para adecuar la normativa penitenciaria de los Estados que el presente catálogo introduce. Así, cada país miembro deberá

propender a establecer sistemas carcelarios que tomen en cuenta cada uno de los aspectos que este conjunto de reglas define como indispensables para garantizar correctamente el goce de los derechos humanos de las personas privadas de libertad. Sin embargo, a pesar del elevado detalle con que dichas condiciones son tratadas, al llevarlas a la práctica, surgen innumerables obstáculos, tales como la realidad social imperante en el país, la escasa disponibilidad de recursos del Estado, la ausencia de voluntad política para priorizar estas materias.

Estos factores influyen en que esta herramienta se torne difícil de implementar, o implementada “en la medida de lo posible”, acentuando la vulneración de derechos y garantías fundamentales de las personas privadas de libertad en los centros de cumplimiento penitenciarios y el escaso poder coercitivo de la institucionalidad internacional para perseguir la exigibilidad universal a estos principios.

**8. Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos.** Se trata de Principios consagrados en la Resolución N°45/111, adoptada por la Asamblea General de la O.N.U en la 68° sesión plenaria de fecha 14 de diciembre de 1990 y que surgen ante la creciente imposibilidad de aplicar plenamente las “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos” aprobadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente.

En su parte relevante, estos principios entregan una guía orientadora concreta, un punto de partida, que sustenta la aplicación de las señaladas “Reglas Mínimas”, que a la luz del presente análisis aborda el derecho a la salud y el legítimo goce de los derechos humanos y garantías consagradas en los instrumentos y tratados internacionales, como se lee a continuación:

“5. Con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos

humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, cuando el Estado de que se trate sea parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de las Naciones Unidas.

9. Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”.

En esta resolución, encontramos de manera expresa y como principio, el acceso a la salud, de carácter universal, que asiste a las personas privadas de libertad. Este esfuerzo aclaratorio del Consejo de Seguridad de la O.N.U es posterior a la constatación de los obstáculos presentes en diversos países para garantizar estos derechos y adecuar sus normas y políticas públicas. El avance presentado en este instrumento es significativo, sobre todo para los Estados miembros (permanentes y no permanentes) del Consejo de Seguridad de este órgano internacional, ya que éste último podría incluso extralimitar sus atribuciones obligando a dichos Estados a acatar el contenido resuelto.

En cuanto a la situación de Chile, cabe señalar que en la actualidad, no forma parte de los Estados miembros del Consejo de Seguridad, más sí, de la Organización, por lo que teóricamente, también ha de recoger y aplicar estos principios, en su ordenamiento jurídico, pero al no consistir ello en una exigencia urgente o problemática detectada denunciada por otros Estados miembros, corre el riesgo de convertirse en letra sin aplicación práctica, condicionada a ocupar en el orden de prioridad de las políticas públicas, el lugar que la contingencia le otorgue.

### 3.3.5.- RECEPCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONSTITUCIONALISMO CHILENO.

Revisados los instrumentos internacionales del Derecho de los Derechos Humanos que tratan el derecho a la salud y los derechos de las personas privadas de libertad, corresponde responder la pregunta acerca de la obligatoriedad de estos instrumentos en Chile.

Pues bien, la Constitución Política de la República de 1980, introdujo el reconocimiento de los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana y el deber de respetar y promover tales derechos, al incorporar el siguiente artículo 5°:

*Artículo 5°.- La soberanía reside esencialmente en la Nación. Su ejercicio se realiza por el pueblo a través del plebiscito y de elecciones periódicas y, también, por las autoridades que esta Constitución establece. Ningún sector del pueblo ni individuo alguno puede atribuirse su ejercicio.*

*El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.*

Luego, con la reforma constitucional de 2005, se incorporaron disposiciones relativas a la tramitación que debe darse a los tratados internacionales para su incorporación, como leyes de la República, en los artículos 32 N° 1) y 54, N°1), que señalan:

*“Artículo 32.- Son atribuciones especiales del Presidente de la República:*

*15°.- Conducir las relaciones políticas con las potencias extranjeras y organismos internacionales, y llevar a cabo las negociaciones; concluir, firmar y ratificar los tratados que estime convenientes para los intereses del país, los que deberán ser*

*sometidos a la aprobación del Congreso conforme a lo prescrito en el artículo 54 N° 1°. Las discusiones y deliberaciones sobre estos objetos serán secretos si el Presidente de la República así lo exigiere;”*

*“Artículo 54.- Son atribuciones del Congreso:*

*1) Aprobar o desechar los tratados internacionales que le presentare el Presidente de la República antes de su ratificación. La aprobación de un tratado requerirá, en cada Cámara, de los quórum que corresponda, en conformidad al artículo 66, y se someterá, en lo pertinente, a los trámites de una ley.*

*El Presidente de la República informará al Congreso sobre el contenido y el alcance del tratado, así como de las reservas que pretenda confirmar o formularle.*

*El Congreso podrá sugerir la formulación de reservas y declaraciones interpretativas a un tratado internacional, en el curso del trámite de su aprobación, siempre que ellas procedan de conformidad a lo previsto en el propio tratado o en las normas generales de derecho internacional.*

*Las medidas que el Presidente de la República adopte o los acuerdos que celebre para el cumplimiento de un tratado en vigor no requerirán de nueva aprobación del Congreso, a menos que se trate de materias propias de ley. No requerirán de aprobación del Congreso los tratados celebrados por el Presidente de la República en el ejercicio de su potestad reglamentaria.*

*Las disposiciones de un tratado sólo podrán ser derogadas, modificadas o suspendidas en la forma prevista en los propios tratados o de acuerdo a las normas generales de derecho internacional.*

*Corresponde al Presidente de la República la facultad exclusiva para denunciar un tratado o retirarse de él, para lo cual pedirá la opinión de ambas Cámaras del Congreso, en el caso de tratados que hayan sido aprobados por éste. Una vez que la denuncia o el retiro produzca sus efectos en conformidad a lo establecido*

*en el tratado internacional, éste dejará de tener efecto en el orden jurídico chileno. En el caso de la denuncia o el retiro de un tratado que fue aprobado por el Congreso, el Presidente de la República deberá informar de ello a éste dentro de los quince días de efectuada la denuncia o el retiro.*

*El retiro de una reserva que haya formulado el Presidente de la República y que tuvo en consideración el Congreso Nacional al momento de aprobar un tratado, requerirá previo acuerdo de éste, de conformidad a lo establecido en la ley orgánica constitucional respectiva. El Congreso Nacional deberá pronunciarse dentro del plazo de treinta días contados desde la recepción del oficio en que se solicita el acuerdo pertinente. Si no se pronunciare dentro de este término, se tendrá por aprobado el retiro de la reserva.*

*De conformidad a lo establecido en la ley, deberá darse debida publicidad a hechos que digan relación con el tratado internacional, tales como su entrada en vigor, la formulación y retiro de reservas, las declaraciones interpretativas, las objeciones a una reserva y su retiro, la denuncia del tratado, el retiro, la suspensión, la terminación y la nulidad del mismo.*

*En el mismo acuerdo aprobatorio de un tratado podrá el Congreso autorizar al Presidente de la República a fin de que, durante la vigencia de aquél, dicte las disposiciones con fuerza de ley que estime necesarias para su cabal cumplimiento, siendo en tal caso aplicable lo dispuesto en los incisos segundo y siguientes del artículo 64...”*

De acuerdo a lo anterior, se atribuye al Presidente de la República la negociación y firma de los tratados internacionales, y antes de su ratificación, debe someterlos a la aprobación del Congreso, que se acoge en lo pertinente a las normas que regulan la tramitación y aprobación de las leyes.



Es relevante destacar, que en el ordenamiento jurídico chileno, se le asigna a los tratados internacionales que versan sobre los “derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana” un rango constitucional, los cuales se aplican con preeminencia sobre las demás leyes, y otras normas de inferior jerarquía, y tanto la creación como interpretación de las leyes debe hacerse en concordancia con lo dispuesto, tanto en los tratados internacionales, como en la Constitución misma, pues, el actual artículo 5º reafirma *“la categoría constitucional de los derechos humanos consagrados en los tratados internacionales vigentes en Chile y agregó, al rango constitucional a los derechos y obligaciones establecidos en los tratados internacionales, ratificados por Chile en todo su acervo: catálogo de derechos con su acervo jurisprudencial, obligaciones generales, normas de resolución de conflictos (suspensión de derechos y restricciones legítimas), de forma tal que se haga efectivo el pleno goce y ejercicio de los mismos”*.

## **CUARTA PARADA: LA RUTA Y EL TRANSPORTE ELEGIDO PARA DAR RESPUESTA A LO DESCONOCIDO.**

*“La investigación en salud colectiva entiende la salud como un proceso social, territorial, histórico y complejo, que requiere para su realización no solo trabajo con precisión y rigor, sino también recursos y políticas favorables que le permitan construir y difundir conocimiento con valor social” (Morales, C. 2018).*

### **4.1.- LO CUALITATIVO COMO LA RUTA ELEGIDA.**

La presente investigación tiene como premisa que *“la investigación en salud colectiva, entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud conlleva atacar las inequidades con participación de los actores en el escenario de poder social, económico y político. Esto implica desarrollar capacidades para crear, recrear y apropiar conocimiento y entender la territorialidad que produce desigualdad e inequidad. Se requieren nuevas formas de organización territorial de la investigación para facilitar el empleo de las competencias investigativas en salud colectiva. Las que... adquieren un valor práctico a partir de su expresión territorial”* (Guarnizo-Herreño et al., 2018).

Desde esta mirada, se ha delimitado el objeto de estudio y su problematización, proponiendo superar los estudios declarativos y descriptivos que dan cuenta de las problemáticas y necesidades de salud en las cárceles y avanzar hacia un diseño explicativo, que permita intencionar la transformación de la realidad con y desde los sujetos insertos en el contexto de estudio, dando lugar a la participación social como categoría de anclaje y valorizando así la responsabilidad social de los actores sociales como eje articulador de su praxis.

Desde este marco, la investigación asumió una ruta metodológica cualitativa, partiendo de la premisa de que los fenómenos en salud son complejos y encuentran su explicación a partir de los dominios políticos, económicos e ideológicos. Se delimitó el objeto de estudio y su problematización, desde el contexto natural de la cárcel, asumiendo las condiciones que determinan a los sujetos que allí cohabitan y colocando en valor como parte de la indagación *“la palabra escrita o hablada, la conducta observada..”* (Taylor & Bogdan, 1996) y la acción humana como una obra de arte, en donde en aportes de Ricoeur, el *“significado está en suspenso, por el hecho de abrir nuevas referencias y recibir nueva pertinencia de ellas, los hechos humanos están esperando, igualmente, nuevas interpretaciones que decidan su significación. De este modo, los acontecimientos y hechos significativos se encuentran abiertos a este tipo de interpretación práctica a través de la praxis actual. Además, la acción humana está abierta a cualquiera que pueda leer”*(Ricoeur, 1985)

En el enfoque de tipo cualitativo, se *“trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables”*(de Souza, Cruz, & Gomes, 2004), por lo que la elección de este tipo de investigación se fundamenta en la realidad del contexto de estudio, haciéndose necesario un proceso inductivo, el que se caracteriza por su flexibilidad y circularidad.

Para estudiar el hacer de la política de salud en las cárceles, se hizo necesario abordar el significado, comprendiendo desde la subjetividad las dinámicas de las relaciones humanas, las que están influidas por las creencias, valores, actitudes y hábitos que históricamente se han circunscrito a este espacio. En este sentido, el enfoque adoptado, permitió responder al objetivo general del estudio y colocar en valor las complejas relaciones entre las significaciones personales y sociales, las prácticas individuales y culturales y el entorno material del contexto(Ulin, Robinson, & Tolley, 2006), como resultado de la acción humana objetivada.

Para cumplir con ello, se posicionó un diseño flexible, colocando en valor el proceso reflexivo y la profundidad de la indagación, con el fin de documentar, develar y comunicar la posibilidad de acciones emancipadoras.

#### 4.2.- EL DISEÑO NARRATIVO COMO UN ESLABÓN PARA TEJER VINCULOS EN EL RECORRIDO.

La investigadora asume el análisis de un problema de conocimiento complejo, el que está determinado socio-históricamente y que, por ende, debe ser analizado desde sus múltiples determinaciones. Para ello, se dio curso a la utilización de una metodología cualitativa, con una aproximación a la realización de un diseño narrativo, el cual se caracteriza por la comprensión de los discursos que se producen y reproducen en medio de la dinámica del quehacer social de los actores y en los distintos niveles de la Política Pública de Salud, dispuesta para las cárceles de Chile, permitiendo la comprensión de las determinaciones que configuran las prácticas de salud en las cárceles.

Se comprende el diseño narrativo como “un esquema de investigación, pero, también, es una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras”(Creswell, 2005). En los diseños narrativos la información se puede obtener de autobiografías, biografías, entrevistas y documentos, entre otros. Según el autor en el proceso se pueden ir identificando categorías y temas emergentes que provienen de las historias contadas por los participantes, los documentos, materiales y la propia narración del investigador.

Mertens(Salgado Levano, 2007) por otro lado, divide a los estudios narrativos en: (1) De tópicos (2) Biográficos y (3) Autobiográficos. El presente estudio, se ubica en el primero, pues, son los que están enfocados en una temática, suceso o fenómeno, siendo, el caso particular de este estudio, el análisis de la formulación e

implementación de la Política Pública de Salud Penitencia y las significaciones presentes en el ejercicio del Derecho a la Salud.

En este sentido, la tesis se sustenta en la perspectiva del análisis narrativo de las políticas públicas, teniendo como premisa que alrededor de cada política se tejen relatos elaborados por distintos actores y dispuestos de manera escrita o verbalizados oralmente, lo que genera por cierto controversias(Flacso Ecuador, Universidad Nacional de Colombia, 2014).

Es así como la conjetura metodológica desde la cual parte la idea de investigación, es que todos los discursos que envuelven la Política Pública en Salud, dan cuenta de un cuerpo de significaciones, determinando el posicionamiento ético- político y las relaciones de poder que se gestan entre los distintos actores y a diferentes niveles, para el ejercicio del Derecho a la salud en los contextos carcelarios.

En ese sentido dichas significaciones, ocupan un lugar trascendental en el desarrollo de la investigación, pues integran el pensar, hacer y el sentir de los actores sociales, definidos como sujetos políticos, operativos y las personas privadas de libertad en calidad de usuarios del sistema, quienes son parte de la estructura y se articulan a través de sus prácticas e interpretaciones en relación al proceso de salud-enfermedad-atención en los contextos carcelarios(Zarco, 2015). Lo anterior, permitirá visibilizar en los documentos jurídicos y normativos existentes, como se significa el rol de Estado, la cárcel como institución pública y la persona privada de libertad, como ser social, lo que da lugar en la fase de implementación a relaciones sociales, decisiones políticas y superposición de poder, lo que demarca la real posibilidad de ejercer el Derecho a la salud por parte de las personas privadas de libertad.

#### 4.3.- EN ANÁLISIS DE DOCUMENTOS, LA ENTREVISTA Y LOS CÍRCULOS DE REFLEXIÓN COMO PUENTES EN EL CAMINO.

Respecto a las técnicas de recolección de información, se consideró colocar en diálogo y triangulación diversas técnicas, tales como:

1.- El análisis de documentos, el que permitió simplificar el contenido de los documentos y desde su definición representarlos de una forma diferente a la original. Según Perello, el análisis de documentos *“comprende dos fases: una que consiste en la determinación del significado general del documento y la consiguiente transformación de la información contenida en él; y la otra, que corresponde, tanto a la descripción formal o exterior como a la elaboración de estrategias y métodos de búsqueda. El análisis documental se caracteriza por ser dinámico en el entendido que permite representar el contenido de un documento en una forma distinta a la original, generándose así un nuevo documento. También por ser social, en tanto que su finalidad es facilitar el servicio de información prestado a los usuarios”*. (Perrello, 1998)

En cuanto al análisis, el proceso se acopló a los aportes realizados por Teun A. Van Dijk, a través de un modelo de análisis de contenido basado en un enfoque deductivo, en el que, también, se incorporan aportes proponiendo macrorreglas para el proceso, entre las cuales destacan:

(a) Omitir: toda la información (o proposiciones) de poca importancia o no esencial puede ser suprimida.

(b) Seleccionar: consiste en discriminar elementos del texto, lo cual conlleva, también, a omitir cierta información que está implicada, bien en los conocimientos generales del receptor, o bien en otros postulados existentes en el discurso.

(c) Generalizar: esta regla, también, omite informaciones, pero, mediante la sustitución de una serie de conceptos o especificidades, que se consideran

irrelevantes, por el sobreconcepto compartido que define el conjunto, es decir, consiste en generar una proposición generalizante o abstracción que abarque otros conceptos.

(d) Construir o integrar: consiste en generar una proposición o concepto más general que denote la totalidad del discurso, incluso, utilizando términos no mencionados en el texto, pero que son razonablemente deducibles. (T. Van Dijk 1978 y 1980)

Los documentos seleccionados para el análisis fueron surgiendo como aportes de las mismas instancias de entrevistas con los distintos actores, en las cuales se mencionaron como instrumentos utilizados en el hacer de la implementación de la política y otros, como complementos para su comprensión.

Los documentos seleccionados para el análisis fueron: (1) Constitución Política de Chile (1980), (2) Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763, DE 1979, del Ministerio de Salud, (3) Decreto con Fuerza de Ley N°3 de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Orgánica Constitucional del Ministerio de Justicia, (4) Ley Orgánica Constitucional de Gendarmería de Chile, (5) Código Sanitario, (6) Código Civil, (7) Código Procesal Penal, (8) Decreto N° 518, de 1998, (9) Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, (10) Decreto N°927, de 2016, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, que aprueba el Reglamento para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en personas privadas de libertad, (11) Resolución Exenta N°860 de 8 de febrero de 2018, que establece la organización interna y fija tareas específicas de los departamentos y unidades dependientes de la Subdirección Técnica de Gendarmería de Chile, dejando sin efecto resoluciones anteriores.

Para una mayor rigurosidad en el proceso, la reducción de la información se abordó a partir de una matriz con categorías de estudio, las que guiaron la interpretación de la información. (Ver Anexo N°1)

2.- La entrevista semiestructurada, fue una de las técnicas utilizadas como proceso comunicativo, para el encuentro entre informantes claves y la investigadora, los que fueron previamente planificados y negociados con las distintas instituciones vinculantes a la implementación de la política de salud en los contextos de encierro. Según Valles, la entrevista es una producción cultural y, en ese sentido, en esta investigación el objetivo principal de la entrevista como técnica de recolección de información fue *“acceder a la perspectiva de los sujetos; comprender sus percepciones y sus sentimientos; sus acciones y sus motivaciones. Nos permite conocer creencias, opiniones, significados y acciones que los sujetos y poblaciones le dan a sus propias experiencias; son sus voces las que nos permiten interpretar y comprender las diversidades en sus formas de vivir, de hacer y significar esas realidades y sus formas de ser valoradas”*. (Schettini, 2016).

Esta técnica y, en particular, su enfoque semiestructurado aportó con un mayor grado de flexibilidad al momento de su realización. Se confeccionó una pauta inicial con temas guías, el que fue tomando cuerpo con preguntas que se fueron levantando de manera espontánea, diseñadas en función de las categorías apriorísticas y emergentes, vinculadas al tipo de actor que se propuso entrevistar. (Ver Anexo N°2, N°3)

Para su desarrollo, se analizaron las condiciones previas, el lugar y momento para su realización, el material a utilizar y en el instante mismo de la entrevista, la integración del consentimiento informado, la acogida y vínculo de confianza para su realización.

3.- “Círculos de reflexión sobre la Salud como Derecho Humano Fundamental”: la investigación propició la realización de una técnica grupal, en donde el objetivo era disponer de un espacio de conversación para las personas privadas de libertad, sobre las significaciones, respecto a la cárcel como institución pública, la persona



privada de libertad y la real posibilidad de ejercer el derecho a la salud en el contexto carcelario.

Se trabajó en grupos de conversación como estrategia didáctica, lo que estuvo orientado a estimular la reflexión personal y colectiva, mediante actividades en las que las personas participantes pudieron hablar y ser escuchadas. En este sentido, se buscó que las personas participantes aprendieran de los otros y potenciaran sus propias reflexiones (Arias Monge, 2012). Lo anterior, se sostuvo en la aproximación al texto y a la acción contextualizada, a través de relatos, historias y experiencias que fueron materializadas en una bitácora personal. (Ver Anexo N°4)

Para la selección de los contextos de abordaje de los círculos de reflexión, se consideró ubicar la perspectiva de género como un criterio relevante al momento de seleccionar a los sujetos participantes, por lo que se contó con la participación de 15 mujeres del Centro de cumplimiento penitenciario de Los Andes, y 15 hombres del Centro de cumplimiento penitenciario de San Felipe, resguardando la firma de un consentimiento informado. El equipo de facilitadores estuvo conformado por dos psicólogos, una socióloga y una matrona, quienes mediaron el diálogo y la conversación de los y las participantes.

Se realizaron 3 sesiones de 2 hrs. de duración con cada grupo. En cada una de ellas, se dispuso un tema a trabajar y se fueron validando los hallazgos a través de un plenario:

- **1º sesión: ¿Quién soy? ¿Qué significa la Salud y el Derecho a la Salud para mí?**, se trabajó a partir de la creación de sus propias figuras humanas y reconocimiento como seres sociales.
- **2º sesión: ¿Cómo participo de la Política de Salud?**, se abordó la sesión con la mediación de tarjetas, con frases y afirmaciones que se fueron discutiendo de manera colectiva.

- **3º sesión: ¿Mis sueños y proyecciones?**, a partir del diseño de una pirámide y un trabajo grupal más acotado, se dispuso una discusión respecto a las transformaciones que se sugieren a modo individual, a nivel del contexto carcelario y a nivel del Sistema de Salud para mejorar las condiciones de vida y salud.

Cada sesión consideró tres momentos: (1) Acercamiento- Vínculo, (2) Recogida de Información y un espacio para la (3) Devolución- Cierre, permitiendo de esta forma articular, una metodología centrada en la naturalidad del contexto y, en los propios procesos personales de cada participante y del equipo de investigación.

Para facilitar la expresión de emociones, sentimientos y reflexiones se dispuso de una bitácora (cuaderno diseñado de manera única para la aplicación de la técnica) con preguntas predefinidas y espacios para registro libre de cada participante, un lápiz y materiales de trabajo.

El espacio fue acondicionado con alfombras circulares de colores, música, las sillas se dispusieron de manera circular, propiciando una relación horizontal con los profesionales. Estas condiciones determinaron la disposición de las personas privadas de libertad como sujetos de derechos, generándose un espacio de reflexión desde la libertad de expresión, empatía y respeto.

**Imagen N°3: Círculos de Reflexión con mujeres privadas de libertad, sobre la Salud como un Derecho Humano Fundamental.**



Centro de Cumplimiento  
Penitenciario de Los Andes.  
Enero 2018.

**Imagen N°4: Círculos de Reflexión con hombres privados de libertad, sobre la Salud como un Derecho Humano Fundamental.**



Centro de Cumplimiento  
Penitenciario de San Felipe.  
Enero 2018.

#### 4.4.- EL CONTEXTO DE ESTUDIO Y LOS SUJETOS PARTICIPANTES

La investigación se circunscribe al contexto sociopolítico, administrativo y operativo de la Política Pública de Salud Penitenciaria en Chile, considerando dos campos: por un lado, las instituciones y organismos participantes de la formulación e implementación de la Política y por otro los actores sociales que participan en la decisión, operación y como usuarios de la implementación desde el nivel nacional, regional y local.

El campo de la investigación *“lo concebimos como el recorte que el investigador realiza en términos de espacio, representando una realidad empírica a ser estudiada a partir de las concepciones teóricas que fundamentan el objeto de la investigación...el lugar primordial es el ocupado por las personas y grupos que conviven en una dinámica de interacción social. Estas personas y esos grupos son*

*sujetos de una determinada historia a ser investigada, siendo necesaria una construcción teórica para transformarlos en objetos de estudio”*(de Souza et al., 2004).

En respuesta a la experiencia de la investigadora principal, en este campo de estudio y a la necesidad de profundizar, luego de un estudio previo, realizado en el Valle de Aconcagua en el año 2014, se delimitó, geográficamente, el trabajo de campo en las instituciones estatales vinculadas al Ministerio de Justicia y Salud a nivel nacional, luego, a nivel regional desde la Región de Valparaíso y a nivel local, en la Provincia de San Felipe y Los Andes.

Respecto a los sujetos participantes, cabe señalar que al ser un estudio con enfoque cualitativo, la estrategia de investigación y muestreo estuvo determinada por el marco conceptual del estudio, por lo que se consideró el muestreo teórico como la estrategia más adecuada, lo que propició un proceso intencionado, acumulativo, flexible, circular y reflexivo, permitiendo realizar una definición a lo largo del proceso, en concordancia a la variabilidad de los discursos y la profundidad en sus diferentes visiones sobre el objeto de conocimiento.

En este sentido, para efectos de (a) la selección de los documentos a analizar, se consideró la solicitud a través de una carta formal a las respectivas instituciones comprometidas y (b) los sujetos participantes del estudio fueron descritos como Actores Sociales, definidos como sujetos individuales o colectivos que, desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación o bien que cuentan con los recursos de poder, lo que los hace estratégicos en procesos de construcción colectiva.

En este sentido se identificaron tres tipos de actores, siendo su definición lo que determina los criterios de inclusión y exclusión: (1) los Actores políticos con la capacidad de decidir y vinculados al poder administrativo y gubernamental, (2) los actores operativos con la capacidad técnica y sujetos claves en la implementación

de la política y (3) los usuarios como sujetos de derecho en el marco de la política de salud habitantes de los recintos penitenciarios de San Felipe y Los Andes.

Para cumplir con lo anterior, de manera inicial se diseñó un mapa de instituciones y actores sociales para participar en el estudio, siendo el criterio de saturación, el eje definidor de las instancias de entrevistas necesarias, así como también la posibilidad de ser flexibles en el proceso, considerando que de manera emergente pudiera surgir la necesidad de incorporar a otros actores, en pro de profundizar en los hallazgos.

A continuación, se presenta el mapa de instituciones y actores participantes:

**Cuadro N°2: Instituciones vinculantes al estudio y actores entrevistados**

Instituciones	Nacional Actores Políticos (APN)	Regional- Actores Operativos (AOR)	Local Actores Operativos (AOL)
Ministerio de Justicia	(1) Jefe de Departamento de Reinserción Social de Adultos		(1) Gobernador de la Provincia de San Felipe
Ministerio de Salud	(2) Asesora de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.	(1) Jefe de Oficina Provincial (SEREMI)	(2) Directora Servicio de Salud de la Provincia de Aconcagua  (3) Directora CESFAM San Felipe el Real (San Felipe) (4) Directora Cefam Cordillera Andina (Los Andes)
Gendarmería de Chile	(3) Jefa de Departamento de Salud, Dirección Nacional de Gendarmería	(2) Coordinador Regional de Salud, Gendarmería de Chile	(5) Coordinador de Enfermería CCP (CCP San Felipe- CCP Los Andes)

	(4) Directora(s) de la Unidad de Protección y Promoción de los Derechos Humanos.		
FONASA		(3) Directora FONASA Zonal Centro Norte, Valparaíso.	
Superintendencia de Salud	(5) Superintendente de Salud		
Organismos Locales			(6) Directora Departamento de Salud Municipal

Y en cuanto a los círculos de reflexión, se contó con la participación de 15 mujeres del Centro de cumplimiento penitenciario de Los Andes, y 15 hombres del Centro de cumplimiento penitenciario de San Felipe, los criterios de selección para su participación fueron los siguientes: (1) encontrarse en la condición de condenado, (2) haber cohabitado el recinto penitenciario a lo menos un año, previo a la realización del círculo de reflexión, (3) por parte de Gendarmería se sugirió, invitar a personas que estuvieran categorizados con buena o muy buena conducta. De esta manera se convocó a un número amplio de sujetos, y se asignó un número de cupos, democratizando de esta manera la posibilidad de participación.

#### 4.5.- PLAN DE ANÁLISIS

El análisis propuesto es el análisis de contenido temático, *“este tipo de análisis es una técnica de interpretación y comprensión de textos –escritos, orales, filmados, fotográficos, transcripciones de entrevistas y observaciones, discursos, documentos- es decir, todo tipo de registro teniendo en cuenta el contexto en el que se produce tanto lo manifiesto como lo latente de los discursos, y posible de realizar análisis tanto cuanti como cualitativo”*(Schettini & Cortazzo, 2015).

La propuesta consiste en analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado. Sus procedimientos se basan en fragmentar el corpus textual, en unidades que, posteriormente, se recomponen, creando, clasificando, juntado y ordenando categorías, para volver a construir una unidad que permita la comprensión global de los discursos presentes en los documentos y, como producto de las entrevistas y círculos de reflexión realizados.

Este tipo de análisis, permite colocar en diálogo los discursos, las narrativas y la interpretación, como fuente esencial de la naturaleza del objeto de estudio: el que ha sido construido históricamente, en un marco de significaciones diversas desde el campo político, económico y cultural, y que, por tanto, acontecen en la cotidianidad de los sujetos. De esta manera, permite articular varias dimensiones teóricas y cuyo aterrizaje metodológico, en general, será la triangulación de técnicas, como una forma adecuada a utilizar en problemas complejos como el que se presenta.

El proceso de análisis de la información fue sistemático y ordenado, aunque no rígido, sino más bien interactivo. El objetivo era la búsqueda de tendencias, tipologías, regularidades o patrones y obtención de datos únicos.

Se consideraron categorías apriorísticas al trabajo de campo, y como es propio de la investigación cualitativa, emergieron en el proceso, también categorías emergentes.

El tipo de análisis utilizado es el Análisis de Contenido. Las unidades de análisis de esta investigación fueron:

- 1.- Las narrativas presentes, en un cuerpo de documentos, vinculados al ejercicio del Derecho a la Salud.
- 2.- Las narrativas que surgieron del cuerpo de entrevistas realizadas.

3.- Las narrativas escritas que dieron vida a las bitácoras personales utilizadas en los círculos de reflexión y las actividades grupales desarrolladas con las personas privadas de libertad.

Para el proceso de análisis de los datos, se utilizó como fuente teórica el Modelo de Análisis de Tesch (Pérez Serrano, 2007) , el que complementa las fases del análisis de contenido propuesto para la presente investigación. En una primera instancia, se realizó un análisis exploratorio, en el que se organizó la información recogida en cada técnica utilizada. En segundo lugar, se realizó un análisis confirmatorio, en donde se organizó la información, en categorías deductivas y la agrupación de la información por categorías. Finalmente, se revisó la información sobrante y que pudiese ser parte de la concreción de nuevas categorías, favoreciendo un análisis más refinado, en cuanto a la generación de categorías emergentes. Finalmente, se realizó la descripción e interpretación: se examinó la información de cada categoría, a fin de establecer patrones de los datos, luego, se comenzó la interpretación como fruto de establecer conexiones entre categorías. Las dos fases anteriores fueron los pasos necesarios para la elaboración del informe final.

A lo largo del estudio la investigadora cauteló el rigor de la investigación, colocando énfasis en los criterios de credibilidad, consistencia y confirmabilidad, para ello, los datos fueron analizados por medio de la realización de matrices en las cuales se pudo categorizar y establecer las diferentes líneas de análisis e interpretación, realizándose las siguientes acciones:

- 1.- Traspaso de la información según el modelo de transcripción literal que es la reproducción lo más exacta posible de un discurso oral.
- 2.- Revisión de las transcripciones.
- 4.- Codificación exploratoria en matrices por categoría y subcategorías.
- 5.- Codificación profunda en búsqueda de categorías y subcategorías emergentes.
- 6.- Revisión de códigos por objetivos del estudio.



7.- Re-elaboración de matriz metodológica, que contempla la inclusión de todas las categorías y subcategorías referidas a cada objetivo del estudio.

8.- Redacción del Análisis de la información, utilizando citas codificadas por categoría y subcategoría.

9.- Revisión del Análisis de la información en base a los supuestos y nociones de la investigadora.

Finalmente, cabe señalar, la utilización de la Triangulación como acción primordial para obtener una mejor proyección de la información recolectada.

En virtud de ello se abordó la investigación a partir de una matriz de y subcategorías, puntualizando en la flexibilidad frente a nuevos hallazgos y, por ende, a la integración de categorías emergentes.

**Cuadro N°3**  
**Categorías desarrolladas en el plan de análisis.**

Categoría	Sub Categoría
Significación de la relación Estado-Sociedad	- Significación del Rol del Estado
	- Tensión entre lo público y lo privado
Implementación de la Política de Salud en el contexto carcelario a nivel nacional, regional y local	Enfoque de la Política
	Instrumentos disponibles para el hacer
	Rol/Funciones de los Actores
	Institucionalidad vinculante (vinculación intersectorial)
	Prácticas y acciones sanitarias realizadas
	Presupuesto disponible
	Ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios en contextos de encierro
Significación de la cárcel como institución Pública	-Dimensión Política
	-Dimensión Económica
	-Dimensión Ideológico- Cultural
Significación de la persona privada de libertad	Concepción del sujeto privado de libertad
Significación de la Salud	Definición de Salud Penitenciaria

Penitenciaria	
Significación del Derecho a la Salud	-Concepción/Definición del derecho a la Salud
	Reconocimiento
	Protección
	Garantía
	-Diferencias entre el acceso que tiene la persona privada de libertad y el usuario general.
Proyecciones y sugerencias desde la voz de los actores sociales a nivel nacional, regional y local.	

Lo anterior nos dirige a la quinta, sexta y séptima parada de este camino, en donde se presenta de modo condensada la descripción e interpretación de la información recopilada en el análisis de los documentos y en el trabajo de campo realizado. Allí se examina la información de cada categoría y las respectivas subcategorías, a fin de establecer relaciones significativas y conexiones intersubjetivas entre las narrativas.

#### 4.6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Parte de la investigación se basa en un estudio con sujetos humanos, en donde las personas participantes del proyecto sólo actuaron como “informantes”. Desde la fase de diseño a la ejecución del proyecto se resguardó cada paso y avance realizado, considerando una vinculación previa a la entrada al campo, métodos de invitación particulares para cada actor participante y por el cumplimiento de los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia, y justicia desde sus inicios (Asociación Médica Mundial, 2017).

##### 4.6.1.- VINCULACIÓN PREVIA A LA ENTRADA AL CAMPO

Para dar sustento ético al trabajo de campo desarrollado, en un contexto donde la investigación es percibida en algunos casos como una amenaza, se realizó, inicialmente, una reunión con el Director Regional de Gendarmería, de la V Región

de Chile, quien vela por el desarrollo de las dos cárceles que fueron propuestas para el trabajo de campo. En dicho encuentro, se verbalizaron, por su parte, las proyecciones y aprensiones respecto al proyecto, focalizadas, principalmente, en la factibilidad de poder realizar los círculos de reflexión. Una vez acordadas las normativas y resguardos a considerar, se solicitó, por parte de la institución, el envío del proyecto para ser evaluado por el comité de gestión regional. Paralelo a ello, la investigadora se reunió con autoridades locales de ambos centros de cumplimiento penitenciarios del Valle de Aconcagua (San Felipe y Los Andes), instancias en las cuales se expuso un resumen del proyecto, cabe destacar que de manera espontánea surgieron sugerencias respecto a los actores a entrevistar y a las técnicas de recogida de información, las que fueron acogidas e incluidas en el desarrollo del estudio. De esta manera se cauteló, una participación directa, por parte de la Institución de Gendarmería de Chile en la construcción y desarrollo de la investigación. Lo anterior, se materializó con una resolución emitida por la institución, en donde se autorizó el trabajo a desarrollar con tiempos establecidos para su ejecución en los dos Centros de Cumplimiento Penitenciarios del Valle de Aconcagua. (Ver Anexo N°5)

Para efectos de la vinculación con los actores políticos y operativos propuestos como participantes del estudio, se trabajó en una primera instancia un acercamiento presencial por parte de la investigadora a cada una de las instituciones comprometidas, para resguardar de primera fuente, las acciones a realizar en pos de consensuar las entrevistas previstas en el diseño. Este acercamiento facilitó la coordinación posterior al momento de llevar a cabo las entrevistas, la que se dio a través de correos electrónicos y llamados telefónicos.

#### 4.6.2.- MÉTODOS DE INVITACIÓN

En cuanto a los métodos de invitación para los sujetos participes de la investigación, se llevó a cabo mediante una carta de invitación. (Ver Anexo N°6,

Nº7), la que contaba con información sobre los objetivos del proyecto, instrucciones para participar en el estudio y contacto de la investigadora principal.

En el caso de los actores políticos y operativos, el documento fue entregado, según el caso, de manera presencial por parte de la investigadora principal del estudio o enviado por correo electrónico y correo certificado. Luego se reforzó la invitación a través de un llamado telefónico o conversación presencial. Como fue explicitado en el Mapa de Instituciones y perfil de los actores participantes, estos están adscritos a instituciones y organismos públicos vinculados a la Política Pública de Salud en contextos penitenciarios.

En el caso de las personas privadas de libertad, la invitación y selección se realizó en coordinación con las profesionales de las Unidades Técnicas de cada Centro de Cumplimiento Penitenciario, quienes apoyaron la entrega de la carta de invitación, cautelando el criterio de neutralidad en la selección de los usuarios y la participación autónoma.

Cabe señalar, que también ha sido considerado, un espacio para devolver los resultados del estudio a las autoridades de los Centros de Cumplimiento Penitenciario y a las autoridades regionales a través de una ponencia y en el caso particular de las personas privadas de libertad, se considera el envío y entrega de un manuscrito con los principales hallazgos.

Todo lo anterior, fue respaldado a partir de la revisión y aprobación del Proyecto de Investigación por parte del Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua. V Región de Valparaíso- Chile. (Ver Anexo N°8: Aprobación CEC)

#### 4.6.3.- CONSIDERACIONES PRESENTES EN LOS PRINCIPIOS ÉTICOS

En el principio de Autonomía, se veló con los participantes de la siguiente manera: El proceso de invitación fue de manejo exclusivo de la investigadora principal. Los

participantes tuvieron la posibilidad de consultar desde el principio y durante la realización del proyecto sobre los objetivos, formas de trabajo y conclusiones, siendo esta información, actualizada constantemente. Una vez que los actores sociales decidieron participar en la investigación, se les entregó un documento informativo del consentimiento informado (Ver Anexo N°9), este último, fue leído por el sujeto participante y de ser necesario tuvo la oportunidad de realizar preguntas a la investigadora principal. Una vez que todas las dudas fueron resueltas, se hizo entrega de la declaración de consentimiento informado, en donde cada participante, expresó mediante la firma de la declaración del consentimiento informado, una vez realizado este acto, el sujeto pasó a ser participante de la investigación. Luego de la firma del consentimiento informado se procedió a la aplicación de la entrevista, en caso de que el sujeto no dispusiera del tiempo suficiente para realizar la entrevista completa en ese momento, se acordó una nueva fecha de mutuo acuerdo con la investigadora principal del estudio. Lo mismo para el caso de los círculos de reflexión. Los participantes fueron libres de terminar su participación en la investigación cuando ellos lo estimarán conveniente.

a) Para resguardar el principio de no maleficencia, el estudio fue diseñado, de manera tal, que no generase daño físico, psicológico ni social, sin embargo, si se debió considerar un posible riesgo vinculado a la escasa posibilidad de ejercer el derecho a la confidencialidad por parte de las personas privadas de libertad, pues constantemente están siendo vigiladas por los gendarmes de patio. Para minimizar este riesgo se solicitó realizar los círculos de reflexión en una sala, en donde el gendarme de custodia se mantuviera afuera. En este sentido, las bitácoras de cada participante aportaron a la entrega de relatos confidenciales, propiciando y facilitando la escritura de aquellas emociones, sentimientos y significaciones que, en ocasiones, por temor no eran dialogadas a viva voz. Se contó en dicho espacio con la participación de dos profesionales psicólogo/a, considerando las habilidades profesionales de estos, para trabajar las actividades grupales. Las entrevistas fueron manejadas por la investigadora principal, y no

contemplaron, en ningún momento, datos personales. En cuanto a la grabación, éstas fueron transcritas y posteriormente eliminadas, obteniendo así solo la información y restringiendo la posibilidad de que la grabación pudiese ser utilizada para otros fines.

b) En cuanto al principio de Beneficiencia, se puede señalar que las personas participantes del estudio sólo actuaron como “informantes”, no hubo beneficios personales por parte de la investigadora ni, tampoco existieron beneficios directos para quienes participaron del estudio. No obstante, surgieron de manera espontánea beneficios indirectos. El primero corresponde a la posibilidad de dar voz y recuperar el sentimiento de sujetos de derechos a las personas privadas de libertad y, por otro lado, las posibles mejoras que se dieron de manera mediática en la atención de salud en las cárceles comprometidas en el estudio, en respuesta a los resultados arrojados por esta investigación. El segundo beneficio indirecto visibilizado, fue la sensibilización de los actores políticos y operativos, lo que conllevó a repensar la política pública existente y generar acciones acotadas, en el marco de un plan de mejora institucional.

c) Y, finalmente, en el principio de Justicia, se resguardó que todos los actores políticos y operativos fuesen invitados a participar (considerando los criterios del perfil establecido). En cuanto a las personas privadas de libertad, estas fueron invitados en calidad de usuarios y no se discriminó por otras razones.

#### 4.7.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones del estudio comprendidas como los factores externos que se presentan como obstáculos, que se escapan al control del investigador y que, por ende, se ubican como una limitante en la calidad del estudio, fueron:

1.- Falta de trabajos previos sobre la temática de estudio, puesto que, en general, lo que se encontró, inicialmente, en la literatura revisada a nivel nacional, eran

investigaciones centradas en la vulneración de derechos y limitado acceso a la atención de salud de las personas privadas de libertad, sin dar luces respecto a los nudos críticos de dicha problemática, en vinculación a las políticas de salud existentes.

2.- El no abordaje de la situación problema en las cárceles concesionadas, campo que no fue seleccionado, debido a que se priorizó la indagación en las cárceles públicas, siendo las que cuentan con mayor población penal a su cargo y que, a la luz de las entrevistas realizadas, merece un análisis comparativo en un estudio venidero.

Ambas limitaciones, se disponen como brechas que deben ser abordadas en futuras investigaciones, en la primera, se sugiere focalizar un análisis comparativo de la política de salud, en contextos carcelarios a nivel internacional, lo que daría apertura al conocimiento de experiencias y avances positivos en esta temática y, la segunda, permitiría propiciar un análisis comparativo, según lo dispuesto en esta investigación a nivel nacional.

## **SEGUNDA PARTE: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

En las siguientes paradas, se presentan los principales resultados de la investigación. En ellos se dan a conocer los marcos jurídicos- normativos nacionales dispuestos para el ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile, lo que fue abordado a través de la técnica de análisis de documentos y en donde la selección de los documentos revisados fue direccionando desde los propios procesos de entrevista con los distintos actores.

Luego se da a conocer, desde la narrativa de los actores políticos y operativos los alcances de la implementación de la política de salud en las cárceles de Chile, en donde se situaron tópicos de interés rescatados por los propios actores; como, por ejemplo, el enfoque que direcciona la política actual, los recursos para su implementación, el rol de los actores, los nudos críticos a resolver, entre otros.

Seguido de ello, se ubica una parada en donde se dan a conocer las significaciones que tienen los distintos actores (políticos y operativos) que participan de la política, y además, de las personas privadas de libertad sobre: la Cárcel como institución pública, la persona privada de libertad y el derecho a la salud, en donde a partir de estas categorías se produce una sinergia discursiva sobre temas centrales, como, por ejemplo, la significación sobre salud, derechos humanos y rehabilitación como temas troncales para el abordaje de un retorno reparatorio al momento del egreso de las personas privadas de libertad.

Cabe destacar, que en este camino surge el reconocimiento de las falencias propias de la política, pero, además, se da un tránsito en las narrativas, en donde surgen sueños, anhelos y propuestas de mejora plausibles a desarrollar a corto, mediano y largo plazo.



## **QUINTA PARADA: DOCUMENTACIÓN DEL MARCO JURÍDICO- NORMATIVO NACIONAL DISPUESTO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA CÁRCELES DE CHILE.**

En la tercera parada de la presente investigación, se abordó el reconocimiento del Derecho a la Salud dispuesto en los instrumentos jurídicos internacionales y en esta parada nos detenemos a revisar los marcos jurídicos- normativos nacionales a nivel constitucional, legal y reglamentarios que constituyen tanto el antecedente como la expresión de la política pública de salud aplicada al régimen penitenciario chileno.

Para dar respuesta a ello se aplicó la técnica de análisis de documentos, recuperando los aspectos esenciales de cada una de las categorías de interés, para dar respuesta al primer objetivo propuesto.

Los documentos analizados fueron los siguientes:

1. Constitución Política de Chile (1980).
2. Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763, DE 1979, del Ministerio de Salud.
3. Decreto con Fuerza de Ley N°3 de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Orgánica Constitucional del Ministerio de Justicia.
4. Ley Orgánica Constitucional de Gendarmería de Chile.
5. Código Sanitario.
6. Código Civil.
7. Código Procesal Penal.
8. Decreto N° 518, de 1998, Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.
9. Decreto N°927, de 2016, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, que aprueba el Reglamento para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en personas privadas de libertad.

10. Resolución Exenta N°860 de 8 de febrero de 2018, que establece la organización interna y fija tareas específicas de los departamentos y unidades dependientes de la Subdirección Técnica de Gendarmería de Chile, dejando sin efecto resoluciones anteriores.

#### 5.1.1.-CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE CHILE

Nuestra Carta Fundamental, constituye el principal y más importante instrumento del ordenamiento jurídico y goza de la máxima jerarquía respecto de las demás normas existentes en nuestro país.

De manera preliminar, cabe puntualizar que el texto constitucional chileno, establece como principios básicos la “libertad e igualdad”, consagrados en el artículo 1° del texto constitucional, relativo a las Bases de la Institucionalidad, y que se transcribe a continuación:

**“Artículo 1°.-**

**Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos.**

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. El Estado reconoce y ampara a los grupos intermedios a través de los cuales se organiza y estructura la sociedad y les garantiza la adecuada autonomía para cumplir sus propios fines específicos.

**El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece.**

Es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta, promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional”.

La norma citada, es fundamental para entender la noción de persona dotada de derechos y plasma la obligación del Estado en orden a garantizar el respeto de dichos derechos y garantías, y que, finalmente están orientados a alcanzar el máximo nivel de realización de las personas, en su dimensión espiritual y material. Importante es esto, a la luz de las garantías fundamentales que se analizarán a continuación y que, basadas en este principio central de igualdad, nos permitirán sostener, a lo largo de toda esta reflexión que “todas” las personas gozan de dichos derechos, que no existen grupos privilegiados y que, por tanto, las personas privadas de libertad son sujetos de derechos y merecedores de protección por parte del Estado.

Por su parte, lo dispuesto en el artículo 5º de la Constitución Política de la República, refuerza la idea de que el Estado es el destinatario de una obligación ineludible para con las personas que habitan su territorio, cual es, el respeto y protección de sus derechos y garantías válidamente consagradas, cuando dispone que:

*“Artículo 5º.-*

*La soberanía reside esencialmente en la Nación. Su ejercicio se realiza por el pueblo a través del plebiscito y de elecciones periódicas y, también, por las autoridades que esta Constitución establece. Ningún sector del pueblo ni individuo alguno puede atribuirse su ejercicio. El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”.*

A partir de lo anterior, no se hablará de ciudadano o de nacional de un país (en este caso, Chile), sino que se hablará de la persona, en tanto ‘ser humano’, de manera más precisa, para entender que el legislador pretende garantizar, sin distinción, el goce de los derechos y garantías fundamentales que se analizarán, en detalle.

El Capítulo III de la Constitución, en su artículo 19º, enumera una serie “derechos fundamentales” o “derechos constitucionales”, que consisten en una serie de derechos subjetivos, de diversa índole, que se encuentran, íntimamente ligados a los derechos humanos consagrados en los múltiples instrumentos internacionales, que ya fueron analizados, en el apartado denominado “Marco Jurídico Internacional”. En cuanto a la materia de interés, cabe reproducir los siguientes:

*“Artículo 19.-*

*La Constitución asegura a todas las personas:*

*1º.- El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.*

*La ley protege la vida del que está por nacer.*

*La pena de muerte sólo podrá establecerse por delito contemplado en ley aprobada con quórum calificado.*

*Se prohíbe la aplicación de todo apremio ilegítimo”;*

*“2º.- La igualdad ante la ley.*

*En Chile no hay persona ni grupo privilegiados. En Chile no hay esclavos y el que pise su territorio queda libre. Hombres y mujeres son iguales ante la ley.*

*Ni la ley ni autoridad alguna podrán establecer diferencias arbitrarias;”*

*“3º.- La igual protección de la ley en el ejercicio de sus derechos.*

*Toda persona tiene derecho a defensa jurídica en la forma que la ley señale y ninguna autoridad o individuo podrá impedir, restringir o perturbar la debida intervención del letrado si hubiere sido requerida. Tratándose de los integrantes de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública, este derecho se regirá, en lo concerniente a lo administrativo y disciplinario, por las normas pertinentes de sus respectivos estatutos.*

*La ley arbitrará los medios para otorgar asesoramiento y defensa jurídica a quienes no puedan procurárselos por sí mismos. La ley señalará los casos y establecerá la forma en que las personas naturales víctimas de delitos dispondrán de asesoría y defensa jurídica gratuitas, a efecto de ejercer la acción penal reconocida por esta Constitución y las leyes.*

*Toda persona imputada de delito tiene derecho irrenunciable a ser asistida por un abogado defensor proporcionado por el Estado si no nombrare uno en la oportunidad establecida por la ley.*

*Nadie podrá ser juzgado por comisiones especiales, sino por el tribunal que señalare la ley y que se hallare establecido por ésta con anterioridad a la perpetración del hecho.*

*Toda sentencia de un órgano que ejerza jurisdicción debe fundarse en un proceso previo legalmente tramitado. Corresponderá al legislador establecer siempre las garantías de un procedimiento y una investigación racionales y justos.*

*La ley no podrá presumir de derecho la responsabilidad penal.*

*Ningún delito se castigará con otra pena que la que señale una ley promulgada con anterioridad a su perpetración, a menos que una nueva ley favorezca al afectado.*

*Ninguna ley podrá establecer penas sin que la conducta que se sanciona esté expresamente descrita en ella;(...)"*

Si se analiza cada una de estas disposiciones enumeradas, podremos distinguir que la idea de "igualdad" se sostiene con fuerza, tal como ya vimos, transformándose en una noción transversal. Así las cosas, podemos ver que la Constitución garantiza de manera igualitaria el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica de todas las personas (Art. 19° N°1), estimando que no existen grupos privilegiados (Art. 19° N°2), por lo que debemos, necesariamente entender, que tanto las personas que se desenvuelven libremente en la sociedad, como aquellas privadas de dicha libertad, no admiten distinción en la atribución y goce de dichos derechos.

Por otra parte, la Constitución hace referencia expresa y detalladamente, al tratamiento de aquellos individuos a quienes se les imputa un delito, quienes enfrentan un proceso penal en su contra y quienes resultan condenados por ello

(Art. 19° N°3); la referencia es más bien al tratamiento del imputado, condenado e investigado, y el respeto de sus garantías durante el proceso, pero no establece normas relativas al cumplimiento de la pena o al desenvolvimiento dentro de los Centros de Cumplimiento Penitenciario, con lo cual la garantía de “igual protección de la ley en el ejercicio de sus derechos” es la única directriz de orden general, que junto con la garantía de “protección de la salud”, permite fundar un estatuto general respecto del ejercicio del derecho a la salud en las cárceles.

Respecto de la atribución del Estado, como órgano dotado de poder, de disponer de la libertad una persona, está regulado en el Artículo 19°; N°7, el que luego de reconocer el derecho a la libertad personal y la seguridad individual, establece las circunstancias y requisitos para la restricción de tal libertad, y señala:

*7°.- El derecho a la libertad personal y a la seguridad individual.*

*En consecuencia:*

*a) Toda persona tiene derecho de residir y permanecer en cualquier lugar de la República, trasladarse de uno a otro y entrar y salir de su territorio, a condición de que se guarden las normas establecidas en la ley y salvo siempre el perjuicio de terceros;*

*b) Nadie puede ser privado de su libertad personal ni ésta restringida sino en los casos y en la forma determinados por la Constitución y las leyes;*

*c) Nadie puede ser arrestado o detenido sino por orden de funcionario público expresamente facultado por la ley y después de que dicha orden le sea intimada en forma legal. Sin embargo, podrá ser detenido el que fuere sorprendido en delito flagrante, con el solo objeto de ser puesto a disposición del juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes.*

*Si la autoridad hiciere arrestar o detener a alguna persona, deberá, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, dar aviso al juez competente, poniendo a su disposición al afectado. El juez podrá, por resolución fundada, ampliar este plazo hasta por cinco días, y hasta por diez días, en el caso que se investigaren hechos calificados por la ley como conductas terroristas;*

*d) Nadie puede ser arrestado o detenido, sujeto a prisión preventiva o preso, sino en su casa o en lugares públicos destinados a este objeto.*

*Los encargados de las prisiones no pueden recibir en ellas a nadie en calidad de arrestado o detenido, procesado o preso, sin dejar constancia de la orden correspondiente, emanada de autoridad que tenga facultad legal, en un registro que será público.*

*Ninguna incomunicación puede impedir que el funcionario encargado de la casa de detención visite al arrestado o detenido, procesado o preso, que se encuentre en ella. Este funcionario está obligado, siempre que el arrestado o detenido lo requiera, a transmitir al juez competente la copia de la orden de detención, o a reclamar para que se le dé dicha copia, o a dar él mismo un certificado de hallarse detenido aquel individuo, si al tiempo de su detención se hubiere omitido este requisito;*

*e) La libertad del imputado procederá a menos que la detención o prisión preventiva sea considerada por el juez como necesaria para las investigaciones o para la seguridad del ofendido o de la sociedad. La ley establecerá los requisitos y modalidades para obtenerla.*

*La apelación de la resolución que se pronuncie sobre la libertad del imputado por los delitos a que se refiere el artículo 9°, será conocida por el tribunal superior que corresponda, integrado exclusivamente por miembros titulares. La resolución que la apruebe u otorgue requerirá ser acordada por unanimidad. Mientras dure la libertad, el imputado quedará siempre sometido a las medidas de vigilancia de la autoridad que la ley contemple;*

*f) En las causas criminales no se podrá obligar al imputado o acusado a que declare bajo juramento sobre hecho propio; tampoco podrán ser obligados a declarar en contra de éste sus ascendientes, descendientes, cónyuge y demás personas que, según los casos y circunstancias, señale la ley;*

*g) No podrá imponerse la pena de confiscación de bienes, sin perjuicio del comiso en los casos establecidos por las leyes; pero dicha pena será procedente respecto de las asociaciones ilícitas;*

*h) No podrá aplicarse como sanción la pérdida de los derechos previsionales, e*

*i) Una vez dictado sobreseimiento definitivo o sentencia absolutoria, el que hubiere sido sometido a proceso o condenado en cualquier instancia por resolución que la Corte Suprema declare injustificadamente errónea o arbitraria, tendrá derecho a ser indemnizado por el Estado de los perjuicios patrimoniales y morales que haya sufrido. La indemnización será determinada judicialmente en procedimiento breve y sumario y en él la prueba se apreciará en conciencia;...*

Como se señaló, previamente en el capítulo III, el Derecho a la salud no se encuentra consagrado en términos amplios en la Constitución, sino que en su artículo 19º; N°9, lo tensiona disponiendo de manera restrictiva la garantía del derecho a la protección de la salud:

*“9º.- El derecho a la protección de la salud.*

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

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

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

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

Hay quienes denominan a este derecho fundamental, como el “derecho a la protección de la salud”, sin embargo, la correcta manera de entenderlo es como “derecho de acceso a la salud”. Refuerza esta noción descrita, lo resuelto por el Tribunal Constitucional, que lo ha reconocido de esta manera, siguiendo la noción de Derechos Económicos Sociales y Culturales, como “un derecho social exigible de



carácter prestacional o de segunda generación que implica un esquema triple de obligaciones positivas y negativas para el Estado”(Figueroa García-Huidobro, 2013) que se traducen en las obligaciones de respetar, promover y proteger dicho derecho mediante conductas de acción y abstención.

Tras el extenso análisis de los diversos instrumentos normativos internacionales, vemos, por primera vez, en la Constitución Política de 1980 una consagración expresa de este derecho y más importante aún, un reconocimiento con estatus de derecho humano fundamental, imponiendo al Estado las siguientes obligaciones:

- a) La obligación de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo;
- b) La obligación de coordinar y controlar las actividades relacionadas con la salud;
- c) La obligación primaria de garantizar la ejecución de acciones de salud, sea por parte de instituciones públicas o privadas.

Entendida de esta manera, el contenido obligacional de este Derecho, exigible para el Estado, supone el despliegue de políticas públicas orientadas no sólo a permitir el acceso a la cobertura de salud (disponibilidad y accesibilidad), sino que además la promoción de medidas de cuidado, preventivas y de recuperación de la misma y del individuo. Si conectamos dichos deberes, con lo ya dicho sobre la igualdad ante la Ley y la obligación de Estado, en orden a promover el bien común (artículo 19º N°1 y 3), podremos entender que no debe haber distinción alguna, en cuanto a los destinatarios de la norma, a saber, “todas las personas”, entre las que se deben incluir, las personas privadas de libertad.

Lo cierto, es que aterrizar estos conceptos y principios, desde la esfera conceptual resulta complejo, pues, constituyen el ideal de materialización de la norma, sin embargo, sigue existiendo una brecha significativa con la realidad penitenciaria de nuestro país, que podemos, fácilmente, constatar.

En razón de lo anterior, la propia Constitución establece como mecanismo para asegurar y garantizar el ejercicio de los derechos fundamentales el Recurso de protección, establecido en el artículo 20 de la carta fundamental, referido en el capítulo III. Esta Acción de Protección, tiene por finalidad que la Corte de Apelaciones respectiva restablezca el imperio del Derecho, garantizando la debida protección del afectado, ante hechos u omisiones ilegales o arbitrarias, que vulneren algunos de sus derechos constitucionales, entre los que se cuenta el derecho a la salud, ya señalado. Así las cosas, si bien constatamos que las políticas públicas muchas veces no logran promover y proteger estos derechos, toda persona tendrá derecho a requerir de la judicatura, las medidas conducentes al restablecimiento de dichas garantías en caso de vulneración, lo que es plenamente aplicable a las personas privadas de libertad, a quienes, por cierto, les asiste el derecho a ejercer esta acción de protección.

#### 5.1.2.-DECRETO CON FUERZA DE LEY N°1 DE 2005.

(Que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763, DE 1979, del Ministerio de Salud).

La citada Ley instaure las bases del sistema de salud, al establecer en Chile los organismos públicos de salud, el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y del sistema privado de salud administrado por las instituciones de salud previsional (Isapre).

En primer lugar, le atribuye al Ministerio de Salud y a los demás organismos públicos, la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones (Artículo 1º)

Las funciones que se le otorgan para este objetivo al Ministerio de Salud, está el formular, fijar y controlar las políticas de salud. En lo que compete a nuestra materia de estudio, se encuentran las siguientes adicionales:

*Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá realizar las siguientes funciones:*

- 1.- Ejercer la rectoría del sector salud (...)*
- 2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas (...)*
- 3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud (...)*
- 4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.*
- 7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios a que se refieren los Libros II y III de esta Ley.*
- 8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas (...)*

Luego, en el Título II de la Ley, se regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestación de salud, en el que se establecen los cimientos del sistema de salud, vigente en el país.

En concreto, en este título, se crea el régimen público de salud, basado en un sistema financiado por, principalmente, los aportes que los afiliados al sistema realizan a través del pago de cotizaciones al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Luego, con la recaudación de las cotizaciones, son financiadas las prestaciones médicas para los beneficiarios del sistema.

Cabe señalar que no todos los beneficiarios contribuyen con cotizaciones, pues aquellas personas en su calidad de indigentes o carentes de recursos, pueden ser igualmente beneficiarios, facilitando el acceso a la protección de la salud de todas las personas.

Por su parte, los afiliados son clasificados en 4 grupos, dependiente del nivel de ingresos que perciba, de lo cual dependerá, según el grupo en que se ubique, el rango de cobertura del copago, con que el Fondo contribuye a financiar, para el beneficiario las prestaciones médicas que otorga el sistema.

Entre las prestaciones médicas se encuentran: medicina preventiva, asistencia médica curativa, atención odontológica; además de asegurar, la atención médica de la mujer embarazada y el recién nacido hasta el sexto mes. Luego, el mismo derecho tiene el recién nacido hasta los 6 años de edad.

Las prestaciones de salud son otorgadas por FONASA, a través de los establecimientos de salud de la red asistencial del servicio de salud. No obstante, en caso de urgencia o emergencia, se permite que los beneficiarios sean atendidos en un servicio de salud privado, el que será pagado, directamente por FONASA, atendido el copago de arancel que corresponda.

Por último, este título regula también el descanso maternal, el derecho a licencia médica, en caso de enfermedad, y el subsidio por incapacidad laboral.

A continuación se transcriben las normas relevantes, para la materia de estudio:

*Artículo 131.- El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado*

*al cual cada persona desee acogerse.*

*Artículo 132.- Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de*

*Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 146 y 159.*

*Artículo 133.- Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República.*

*Artículo 134.- Establécese un Régimen de Prestaciones de Salud, denominado en adelante el Régimen, sujeto a las disposiciones de este Libro.*

*Sus beneficiarios tendrán derecho a las acciones de salud previstas en este Libro en las condiciones que él establece.*

*Artículo 138.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:*

*a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.*

*Para su inclusión en el examen de medicina preventiva sólo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático.*

*El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a*

*consecuencia de ellos.*

*b) Asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan, y*

*c) Atención odontológica, en la forma que determine el reglamento.*

*Artículo 139.- Toda mujer embarazada tendrá derecho a protección del Estado durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, la que comprenderá el control del embarazo y puerperio.*

*El niño recién nacido y hasta los seis años de edad tendrá también derecho a la protección y control de salud del Estado.*

*La atención del parto estará incluida en la asistencia médica a que se refiere la letra b) del artículo 138.*

*Artículo 140.- Se incluyen entre las prestaciones de salud que proporciona el Régimen aquellas acciones de promoción, protección y otras relativas a las personas o al ambiente, que se determinen en los programas y planes que fije el Ministerio de Salud, en la forma y modalidades establecidas en las disposiciones que rigen a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a quienes corresponderá la ejecución de tales acciones.*

*Artículo 147.- Las personas carentes de recursos o indigentes, tendrán derecho a recibir gratuitamente todas las prestaciones que contempla este párrafo.*

*Artículo 159.- Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud.*

A continuación, en el Título III de la Ley, se regula el sistema de privado de salud, el cual es supervigilado por la Superintendencia de Salud.

Artículo 171.- Las Instituciones de Salud Previsional financiarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas que indica el artículo 135 de esta Ley. Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el número 7 del artículo 13 de la ley sobre Impuesto a las Ventas y Servicios, se entenderá que dichas Instituciones sustituyen en las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud.

Las Instituciones deberán constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia.

Los Servicios de Salud y los organismos adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, no podrán registrarse en la Superintendencia como Instituciones de Salud Previsional.

Las Instituciones serán fiscalizadas por la Superintendencia sin perjuicio de la fiscalización o supervigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el estatuto jurídico que las regula.

El sistema privado se sustenta, igualmente, en el pago de cotizaciones de los afiliados a las denominadas “Instituciones de Salud Previsional” (Isapre), y, en este caso, estas instituciones son las encargadas de financiar el copago que corresponde, de acuerdo al arancel de las prestaciones médicas y el plan contratado voluntariamente por cada persona, las que se otorgan a los afiliados a través de centros de salud privados.

5.1.3.- LA LEY ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE JUSTICIA. (Decreto N°3346 de 1980, modificado por la Ley 20.885, de 2016 y que creó la Subsecretaría de Derechos Humanos).

Esta norma, viene a consistir en un esfuerzo concreto por adecuar nuestra normativa institucional, tanto al lenguaje internacional de los Derechos Humanos, como a las exigencias de los estándares a los cuales nuestro país ha adscrito a lo largo de los años, al suscribir y ratificar los Tratados internacionales analizados en el capítulo III.

Principalmente, se puede observar, el cambio en la denominación del Ministerio de Justicia, el cual pasa a llamarse “Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con lo cual se materializa una serie de cambios estructurales y de políticas públicas, que se plasmarán en lo sucesivo.

Encontraremos, también, modificaciones en cuanto a las funciones del ministerio, con enfoque en Derechos Humanos, asesoría técnica a otros órganos y al Presidente de la República, en la promoción y protección de los Derechos Humanos y observaremos, gran protagonismo de la Subsecretaría de Derechos Humanos, creada mediante esta ley, en cuanto al diseño y elaboración de políticas, planes y programas destinados a la promoción y protección de los derechos humanos.

Así encontraremos como normas relevantes las que a continuación se detallan:

***"Artículo único.-***

*Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 3.346, del Ministerio de Justicia, promulgado y publicado el año 1980, que fija el texto de la ley orgánica del Ministerio de Justicia:*

*1) Reemplázase, en su denominación, la expresión "Ministerio de Justicia" por "Ministerio de Justicia y Derechos Humanos".*

***"Artículo 2°.-***

*Al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos le corresponden las siguientes funciones:*

*"(...) b) Colaborar, en el ámbito de su competencia, con el Presidente de la*



*República en las materias relativas a la promoción y protección de los derechos humanos. En ejercicio de esta función, le corresponderá realizar el estudio crítico de la normativa interna a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y proponer al Presidente de la República las reformas que en tal sentido estime pertinentes;*

*c) Prestar asesoría técnica al Ministerio de Relaciones Exteriores en los procedimientos ante los tribunales y órganos internacionales de derechos humanos y, en ejercicio de esta función, colaborar con las respuestas o informes que se presenten a nombre del Estado de Chile;*

*d) Colaborar con el Ministerio de Relaciones Exteriores, dentro del ámbito de su competencia, en la elaboración y seguimiento de los informes periódicos ante los órganos y mecanismos de derechos humanos, en la ejecución de medidas cautelares y provisionales, soluciones amistosas y sentencias internacionales en que Chile sea parte, y en la implementación, según corresponda, de las resoluciones y recomendaciones originadas en el Sistema Interamericano y en el Sistema Universal de Derechos Humanos, sin perjuicio de las atribuciones de otros órganos del Estado (...)."*

*g) Formular políticas, planes y programas sectoriales, en especial respecto de la defensa judicial de los intereses del Estado; **del tratamiento penitenciario y la rehabilitación del condenado**; de la organización legal de la familia e identificación de las personas: de la tuición que al Estado corresponde en la administración y realización de los bienes de las personas que caigan en falencia, y de los sistemas asistenciales aplicables a los niñas, niños y adolescentes que carezcan de tuición o cuya tuición se encuentre alterada y a los que presenten desajustes conductuales o estén en conflicto con la justicia;*

*h) Controlar el cumplimiento de las políticas, planes y programas sectoriales y evaluar sus resultados;..."*

En su organización, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, cuenta con dos subsecretarías, la Subsecretaría de Justicia y la Subsecretaría de Derechos Humanos, que fue creada con la modificación de su Ley Orgánica constitucional el año 2016. A la Subsecretaría de Derechos Humanos le corresponden las siguientes funciones:

*"Artículo 8°: Son funciones de la Subsecretaría de Derechos Humanos prestar asesoría y colaboración directa al Ministro de Justicia y Derechos Humanos en el diseño y elaboración de las políticas, planes y programas relativos a la promoción y protección de los derechos humanos. El Subsecretario de Derechos Humanos es el jefe superior de la Subsecretaría de Derechos Humanos y colaborador inmediato del Ministro en las materias de su competencia y, en caso de ausencia o inhabilidad del Subsecretario de Justicia, su subrogante legal.*

*Corresponde a la Subsecretaría de Derechos Humanos:*

*a) Proponer al Ministro de Justicia y Derechos Humanos el diseño y elaboración de políticas, planes, programas y estudios referidos a la promoción y protección de los derechos humanos, y colaborar en el fomento y desarrollo de dichas políticas, planes, programas y estudios.*

*b) Promover la elaboración de políticas, planes y programas en materia de derechos humanos en los órganos de la Administración del Estado, prestándoles asistencia y coordinación técnica.*

*c) **Elaborar y proponer el Plan Nacional de Derechos Humanos**, a que alude el artículo 14 bis, y presentarlo al Comité Interministerial de Derechos Humanos, a efectos de cumplir con lo dispuesto en la letra d) del artículo 12. Asimismo, coordinará su ejecución, seguimiento y evaluación con los demás Ministerios, requiriendo la información que sea necesaria.*

*d) Asistir al Ministro de Justicia y Derechos Humanos en el estudio crítico del derecho interno, con la finalidad de proponer al Presidente de la República las*

*reformas pertinentes para adecuar su contenido a los tratados internacionales en materia de derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.*

*e) Prestar asesoría técnica al Ministerio de Relaciones Exteriores en los procedimientos ante los tribunales y órganos internacionales de derechos humanos, según lo dispuesto en la letra c) del artículo 2°.*

*f) Colaborar con el Ministerio de Relaciones Exteriores según lo dispuesto en la letra d) del artículo 2°, en la elaboración y seguimiento de los informes periódicos ante los órganos y mecanismos de derechos humanos, en la ejecución de medidas cautelares y provisionales, soluciones amistosas y sentencias internacionales en que Chile sea parte, y en la implementación, según corresponda, de las resoluciones y recomendaciones originadas en el Sistema Interamericano y en el Sistema Universal de Derechos Humanos, sin perjuicio de las atribuciones de otros órganos del Estado.*

*g) Diseñar, fomentar y coordinar programas de capacitación y promoción de los derechos humanos para funcionarios de la Administración del Estado, en particular, los integrantes de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública, y de Gendarmería de Chile. Asimismo, propenderá a la celebración de acuerdos de cooperación con los otros órganos del Estado, destinados a la promoción y capacitación en materias relativas a los derechos humanos.*

*h) Generar y coordinar instancias de participación y diálogo con organizaciones ciudadanas y con la sociedad civil en general, respecto de la adopción de políticas, planes y programas en materia de derechos humanos, con el objeto de promover y garantizar el respeto efectivo de los derechos humanos en los diferentes ámbitos del quehacer nacional, tomando en consideración y, en su caso, remitiendo a las instancias competentes las peticiones que éstas les formulen. Lo anterior, sin perjuicio de las competencias que le corresponden al Ministerio de Relaciones Exteriores en cumplimiento de las obligaciones internacionales de Chile en materia de derechos humanos.*

*i) Ejercer las labores de Secretaría Ejecutiva del Comité Interministerial de Derechos Humanos.*

*j) Celebrar convenios de colaboración y cooperación con organismos públicos y privados, nacionales o internacionales, dentro del ámbito de sus competencias.*

*k) Cumplir las demás funciones que le confieren las leyes o que le sean delegadas, en el ámbito de su competencia.*

*Las atribuciones en materia de derechos humanos que éste y otros cuerpos legales entreguen a la Subsecretaría de Derechos Humanos no excluyen las facultades que tengan, también en lo relativo a estos derechos y en sus respectivas áreas, los demás órganos que integran la Administración Pública ni aquellas establecidas en la ley N° 20.405, que crea el Instituto Nacional de Derechos Humanos, y sus normas complementarias".*

En particular, destaca la incorporación de la obligación de elaborar un Plan Nacional de Derechos Humanos, lo cual obliga a este organismo del Estado a implementar una política pública, que es, el primer paso, para avanzar en la promoción de los derechos humanos en el país. Sobre el Plan Nacional de Derechos Humanos se ahondará en el punto 5.7 sobre la implementación de la política de salud, en el contexto carcelario a nivel nacional, regional y local.

Otra innovación de la ley N° 20.885 de 2016, fue la creación del Comité Interministerial de Derechos Humanos:

**"Artículo 10.-**

**Créase el Comité Interministerial de Derechos Humanos**, cuya función será asesorar al Presidente de la República en la determinación de los lineamientos de la política intersectorial del Gobierno en materia de derechos humanos, constituyendo una instancia de información, orientación, coordinación y acuerdo para los ministerios y servicios que lo integran".

**“Artículo 12.- Corresponderá especialmente al Comité Interministerial de Derechos Humanos:**

a) Conocer y acordar las propuestas de políticas públicas elaboradas por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en materia de derechos humanos que hayan de ser aplicables intersectorialmente.

b) Informar acerca de las necesidades sectoriales que, en el ámbito de los derechos humanos, deban ser integradas en las políticas públicas y adecuaciones normativas del derecho interno a ser propuestas por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en la materia.

c) Acordar las prioridades sectoriales, intersectoriales y de política exterior para ser abordadas en la elaboración del Plan Nacional de Derechos Humanos, incluidas las materias indicadas en el inciso segundo del artículo 14 bis.

**d) Presentar al Presidente de la República el Plan Nacional de Derechos Humanos para su aprobación.**

e) Conocer el informe anual elaborado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos y elaborar propuestas a partir de su contenido, sin perjuicio de lo dispuesto en el número 1 del artículo 3° de la ley N° 20.405.

f) Conocer los programas de capacitación y promoción de los derechos humanos para los funcionarios de la Administración del Estado, propuestos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

g) Cumplir las demás funciones y tareas que ésta u otras leyes o el Presidente de la República le encomienden, en el ámbito de sus funciones.

Las atribuciones del Comité Interministerial de Derechos Humanos se entienden sin perjuicio de las facultades que, en conformidad a la ley, corresponden a otros órganos de la Administración Pública, especialmente aquellas establecidas en la ley N° 20.405, que crea el Instituto Nacional de Derechos Humanos, y sus normas

*complementarias”.*

Cabe recalcar la relevancia de la creación del Comité Interministerial de Derechos Humanos, órgano asesor del ejecutivo, que tendrá la tarea de elaborar cada cuatro años, un Plan Nacional de Derechos Humanos, encargado del diseño e implementación de políticas públicas, encaminadas, principalmente, al respeto, promoción y protección de los derechos humanos, entre las que destacan las enumeradas en el artículo 14 bis de la citada ley y, particularmente, aquellas relativas a la capacitación, formación y perfeccionamiento en derechos humanos de las autoridades y funcionarios entre los que se cuenta Gendarmería de Chile, contribuyendo con ello, a la adopción de un lenguaje común y términos claros, en el abordaje de los derechos humanos, en el quehacer de la Administración del Estado.

#### 5.1.4.- LEY ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE GENDARMERÍA DE CHILE. (D.L. 2859, de 1975, modificada en el año 2016).

Esta norma, de rango constitucional, regula la naturaleza y objetivo de Gendarmería de Chile, su estructura orgánica y dispone algunas normas complementarias.

En lo medular, nos interesa reproducir las siguientes disposiciones:

**Artículo 1°.-** *Gendarmería de Chile es un Servicio Público dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por finalidad atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que le señale la ley.*

**“Artículo 15.-** *El personal de gendarmería deberá otorgar a cada persona bajo su cuidado **un trato digno propio de su condición humana**. Cualquier trato vejatorio o abuso de autoridad será debidamente sancionado conforme a las leyes y reglamentos vigentes”*

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

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

En las normas transcritas se visualiza, el principio de igual trato de toda persona en cuanto a su dignidad y derechos, imponiéndose la obligación de brindar atención sanitaria gratuita a las personas que se encuentran bajo la custodia de Gendarmería de Chile. En particular, la atención sanitaria deberá ser prestada por los Servicios de Salud, que crea el citado Decreto con Fuerza de Ley, y se trata de organismos estatales, funcionalmente descentralizados, que dependen del Ministerio de Salud, para los efectos de supervigilancia y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse, salvo para aquella, que de manera independiente, tengan derecho a atención de salud, en virtud de su afiliación personal.

Con ello, vemos que los principios y normas de carácter general, enunciadas en los numerales precedentes, toman forma, materializándose en mandatos concretos impuestos a los establecimientos penitenciarios, reafirmando así nuestra tesis del reconocimiento como derecho fundamental del derecho a la salud.

#### 5.1.5.- CÓDIGO SANITARIO (de 1968, modificación en el año 2017).

Este Código reglamenta el fomento, protección y recuperación de la salud, en nuestro país, por cuanto dispone:

**“Artículo 1°.-**

*El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo*

*aquellas sometidas a otras leyes”.*

Asimismo, contiene normas sobre la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo; la profilaxis internacional; los productos farmacéuticos, alimenticios, cosméticos y artículos de uso médico; el ejercicio de la medicina y profesiones afines; los establecimientos del área de la salud; la observación y reclusión de los enfermos mentales, alcohólicos y los que presentan dependencia a otras sustancias; inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres; aprovechamiento de tejidos o partes de un donante vivo y la utilización de cadáveres o parte de ellos , con fines científicos o terapéuticos; procedimientos y sanciones, entre otras materias.

El Ministerio de Salud, quien es la autoridad sanitaria en Chile, encabeza las potestades fiscalizadoras y de ejecución de la normativa contenida en éste cuerpo legal, seguido por el Instituto de Salud Pública y los respectivos directores de los Servicios de Salud, teniendo éstos últimos importantes atribuciones a nivel territorial, en concreto, estas están especificadas en el artículo 9 del Código Sanitario:

**Artículo 9°.-**

*Sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Salud y del Instituto de Salud Pública de Chile, así como de las demás facultades que les confieren las leyes, **corresponde en especial a los Directores de los Servicios de Salud en sus respectivos territorios:***

**a) Velar por el cumplimiento de las disposiciones de este Código y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones que lo complementen, y sancionar a los infractores;**

**b) Dictar dentro de las atribuciones conferidas por el presente Código, las órdenes y medidas de carácter general, local o particular, que fueren necesarias para su debido cumplimiento;**

*c) Solicitar al Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, la dictación de los reglamentos del presente Código y proponerle las normas que deben regular las funciones de orden sanitario a cargo de las Municipalidades;*



- d) *Informar al Ministerio de Salud sobre las materias que éste le requiera;*
- e) *Solicitar de las autoridades, instituciones públicas o privadas o individuos particulares los datos y cooperación que estime convenientes para el mejor ejercicio de sus atribuciones. Los datos o cooperación deben ser proporcionados en el plazo prudencial que el Director del Servicio señale;*
- f) *Rebajar o eximir, en casos excepcionales y por motivos fundados, los derechos que deben pagarse por las actuaciones de los Servicios, fijados por el Arancel aprobado por el Ministerio de Salud, a determinadas personas naturales o jurídicas que ejecuten actividades de asistencia social, docencia o investigación científica. Las mismas facultades serán ejercidas por el Director del Instituto de Salud Pública de Chile, que podrá aplicarlas especialmente respecto de los controles relativos a medicamentos para necesidades personales de enfermos o de donaciones en casos de emergencias o catástrofes, y*
- g) *Delegar las facultades que les concede el presente Código.*

Asimismo, encontramos una detallada enumeración de las obligaciones relativas al cuidado y prevención de la salud, tales como:

**Art. 16.**

*Toda mujer, durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, y el niño, tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan.*

*La tuición del Estado comprenderá la higiene y asistencia social, tanto de la madre como del hijo.*

**Art. 39.**

*Un reglamento establecerá la forma y condiciones en que deba realizarse la educación sexual y antivenérea en los establecimientos educacionales, cuarteles, naves, maestranzas, fábricas, talleres, hospitales, cárceles, casas de*

*corrección y demás establecimientos que fije el reglamento; y las condiciones en que se podrá examinar, obligar a tratarse o internar para su curación a las personas que se dediquen al comercio sexual y a las que estén afectadas de males venéreos que constituyan una amenaza para la salud pública.*

Por otro lado, regula el procedimiento para llevar a cabo sumarios sanitarios, efectuar fiscalizaciones y aplicar sanciones, desde su artículo 155 y siguientes, y en artículo 174 dispone las sanciones, a las que se exponen los infractores de la regulación sanitaria.

**Artículo 174.-**

***La infracción de cualquiera de las disposiciones de este Código o de sus reglamentos y de las resoluciones que dicten los Directores de los Servicios de Salud o el Director del Instituto de Salud Pública de Chile, según sea el caso, salvo las disposiciones que tengan una sanción especial, será castigada con multa de un décimo de unidad tributaria mensual hasta mil unidades tributarias mensuales. Las reincidencias podrán ser sancionadas hasta con el doble de la multa original.***

*Las resoluciones que establezcan las infracciones y determinen las multas tendrán mérito ejecutivo y se harán efectivas de acuerdo con los artículos 434 y siguientes del Código de Procedimiento Civil.*

***Las infracciones antes señaladas podrán ser sancionadas, además, con la clausura de establecimientos, recintos, edificios, casas, locales o lugares de trabajo donde se cometiere la infracción; con la cancelación de la autorización de funcionamiento o de los permisos concedidos; con la paralización de obras o faenas; con la suspensión de la distribución y uso de los productos de que se trate, y con el retiro, decomiso, destrucción o desnaturalización de los mismos, cuando proceda.***

*Lo anterior es sin perjuicio de hacer efectivas las responsabilidades que establezcan otros cuerpos legales respecto de los hechos.*

Luego, el Código Sanitario establece una sanción especial, que puede resultar aún más gravosa para el infractor, como es la sanción de clausura:

**Art. 178. (169).**

***La autoridad podrá también, como medida sanitaria, ordenar en casos justificados la clausura, prohibición de funcionamiento de casas, locales o establecimientos, paralización de faenas, decomiso, destrucción y desnaturalización de productos.***

*Estas medidas podrán ser impuestas por el ministro de fe, con el solo mérito del acta levantada, cuando exista un riesgo inminente para la salud, de lo que deberá dar cuenta inmediata a su jefe directo. Copia del acta deberá ser entregada al interesado.*

En atención a las disposiciones transcritas, podemos apreciar la importancia de esta norma en materia sanitaria, principalmente, al atribuir potestades fiscalizadoras y sancionadoras a la autoridad sanitaria, que en este caso posee dichas atribuciones en cualquier recinto, incluso las cárceles de nuestro país, por tratarse la salud de una cuestión de interés público.

A la luz de esta constatación, cobra sentido preguntarnos: ¿de qué manera se fiscaliza, eficientemente, el funcionamiento de los centros penitenciarios en nuestro país, para dar respuesta a lo que la propia norma exige?

Ciertamente, la concepción de la salud como un derecho y la cautela del mismo, requieren un esfuerzo permanente de vigilancia y control, que en caso de no acontecer podría acarrear las sanciones administrativas del caso, para aquellos servicios y funcionarios públicos que incurren en inobservancia de estos deberes legales inexcusables. Por tanto, existirá un 'deber de actuar' cuyo destinatario es la autoridad sanitaria, la que, en ejercicio de las atribuciones que la norma le atribuye, se encuentra en la posición jurídica de hacer cumplir la ley y sancionar su incumplimiento, sin distinción, en todo el territorio de la República.

### 5.1.6.-CÓDIGO CIVIL

Este cuerpo legal, que entró a regir en 1857, regula de manera pormenorizada las materias civiles en Chile, destacando el estatuto jurídico de las personas (atributos de la personalidad, comienzo y fin de la existencia, relaciones de parentesco, etc.) y materias de orden patrimonial (como, por ejemplo, contratos, obligaciones, entre otras).

En lo que resulta relevante para este análisis, se planteará, desde ya, que no existe tratamiento o contribución alguna, al objeto de nuestro estudio, cuál es, la consagración normativa del derecho a la salud en las cárceles de Chile, por lo que, únicamente, nos remitiremos a destacar dos artículos importantes contenidos para este objeto, que son los siguientes:

*“Art. 14. La ley es obligatoria para todos los habitantes de la República, incluso los extranjeros”.*

*“Art. 55. Son personas todos los individuos de la especie humana, cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición. Divídanse en chilenos y extranjeros”.*

Así, vemos que el presente Código consagra la fuerza obligatoria de la ley, principio rector que guiará la interpretación de otras disposiciones legales, de modo que ninguna persona quedará excluida de la aplicación de la misma, en consonancia con lo dispuesto en la Constitución Política de la República en su artículo 1º y a la garantía fundamental del artículo 19º N°2, analizadas en el punto 1 anterior. Será de utilidad, entonces, este principio, en aquellos casos en que el derecho a la salud (acceso, promoción, rehabilitación y protección de la misma) tenga fuente normativa, ya que dichas normas, adquieren la fuerza obligatoria y el carácter de vinculantes, que las hace merecedoras de respeto y susceptibles de reclamación en caso de vulneración.

En segundo lugar, el artículo 55 citado hace referencia a la definición de persona, concepto importante si consideramos que nuestra Carta Fundamental, inicia

expresando que “las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, por lo que es acertado consultar qué debemos entender por persona, por lo que dicho artículo satisface aquella necesidad. De este modo hablaremos de persona, en tanto individuo de la especie humana, sin distinción, y entenderemos que, en tanto persona, será merecedor de protección, será sujeto de derechos y estará facultado para reclamar, tanto su ejercicio como la materialización de los mismos, entre los que, por cierto, se encuentran, los ya analizados derechos fundamentales, incluyendo, el derecho a la salud, consagrados en tratados internacionales y la Constitución Política, así como en otras leyes.

5.1.7.-CÓDIGO DE PROCESAL PENAL (publicado en el año 2000, entra en vigencia paulatinamente por región hasta completar todo el territorio en el año 2005)

Este cuerpo legal, dictado en el contexto de la reforma procesal penal, reemplazó el antiguo sistema procesal inquisitivo, acusatorio, eminentemente reservado o secreto, por un sistema oral, público y dotado de garantías.

En su articulado observamos, principalmente, disposiciones de carácter procedimental, sin que sea posible distinguir alguna referencia a la materia de nuestro análisis. Si bien, nuestro actual sistema procesal penal, es eminentemente garantista, contándose, entre las garantías del imputado, aquellas que dicen relación con su seguridad personal, libertad individual y el principio de inocencia; y debido proceso, no existe un tratamiento en cuanto a las condiciones en que ha de llevarse a cabo la privación de libertad, ya sea por condena ejecutoriada o medidas cautelares como la prisión preventiva.

5.1.8.- REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS. (Decreto N°18, de 1998)

El presente reglamento, tiene como propósito regular pormenorizadamente la organización interna de los establecimientos penitenciarios, el régimen aplicable, los derechos de los internos, sus actividades y la administración de dichos centros.

Para nuestro análisis es importante recalcar, a la luz de lo que hemos venido razonando, que la regulación reglamentaria que define el funcionamiento de los centros penitenciarios, se ajusta a los principios y preceptos descritos anteriormente, y a las normas de carácter internacional que consagran el derecho a la salud. Vemos un detalle extenso catálogo de medidas, reglas de actuación, prohibiciones y casos, en los que el legislador define e instruye cómo ha de proceder la autoridad, para garantizar los derechos de las personas privadas de libertad, dentro de los más relevantes encontramos:

**Artículo 1º.-**

***La actividad penitenciaria se regirá por las normas establecidas en el presente Reglamento y tendrá como fin primordial tanto la atención, custodia y asistencia de detenidos, sujetos a prisión preventiva y condenados, como la acción educativa necesaria para la reinserción social de los sentenciados a penas privativas de libertad o sustitutivas de ellas.***

**Artículo 2º.-**

***Será principio rector de dicha actividad el antecedente que el interno se encuentra en una relación de derecho público con el Estado, de manera que fuera de los derechos perdidos o limitados por su detención, prisión preventiva o condena, su condición jurídica es idéntica a la de los ciudadanos libres.***

**Artículo 4º.-**

***La actividad penitenciaria se desarrollará con las garantías y dentro de los límites establecidos por la Constitución Política de la República, los tratados internacionales ratificados por Chile y vigentes, las leyes y sus reglamentos y las sentencias judiciales.***

***Los funcionarios que quebranten estos límites incurrirán en responsabilidad, de acuerdo con la legislación vigente***

**Artículo 5º.-**

***Las normas establecidas en el presente Reglamento deben ser aplicadas***

*imparcialmente no pudiendo existir diferencias de trato fundadas en el nacimiento, raza, opinión política, creencia religiosa, condición social o cualesquiera otras circunstancias.*

***La Administración Penitenciaria procurará la realización efectiva de los derechos humanos compatibles con la condición del interno.***

**Artículo 6°.-**

*Ningún interno será sometido a torturas, a tratos crueles, inhumanos o degradantes, de palabra u obra, ni será objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas del presente Reglamento. Se garantiza la libertad ideológica y religiosa de los internos, su derecho al honor, a ser designados por su propio nombre, a la intimidad personal, a la información, a la educación y el acceso a la cultura, procurando el desarrollo integral de su personalidad, y a elevar peticiones a las autoridades, en las condiciones legalmente establecidas.*

***La Administración Penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos y permitirá el ejercicio de los derechos compatibles con su situación procesal.***

*Los internos que hayan cumplido su condena en un establecimiento penitenciario de régimen cerrado, podrán al momento de su egreso pernoctar extraordinariamente hasta las 07:00 horas del día siguiente al de la fecha de su cumplimiento, siempre y cuando lo soliciten como medida de resguardo de su integridad.*

*La forma en que se implemente esta medida, se establecerá mediante resolución fundada por cada Director Regional. Con todo, el interno deberá permanecer siempre separado del resto de la población penal, debiendo adoptar la administración penitenciaria las medidas de seguridad que correspondan.*

**Artículo 9°.-**

***Los internos, en defensa de sus derechos e intereses, podrán dirigirse a las autoridades competentes y formular las reclamaciones y peticiones***

*pertinentes, a través de los recursos legales.*

*También podrán presentar a las autoridades penitenciarias peticiones y quejas relativas a su tratamiento o al régimen del establecimiento.*

#### **Artículo 10.-**

*Los establecimientos penitenciarios se organizarán conforme a los siguientes principios:*

*a) Una ordenación de la convivencia adecuada a cada tipo de establecimiento, basada en el **respeto de los derechos y la exigencia de los deberes de cada persona.***

*b) El desarrollo de actividades y acciones tendientes a la reinserción social y disminución del compromiso delictivo de los condenados.*

*c) **La asistencia médica,** religiosa, social, de instrucción y de trabajo y formación profesional, en condiciones que se asemejen en lo posible a las de la vida libre.*

*d) Un sistema de vigilancia que garantice la seguridad de los internos, funcionarios, recintos y de toda persona que en el ejercicio de un cargo o en uso de una facultad legal o reglamentaria ingrese a ellos.*

*e) La recta gestión y administración para el buen funcionamiento de los establecimientos.*

#### **Artículo 13.-**

*En la creación de los establecimientos penitenciarios, intervendrán los siguientes criterios orientadores:*

*a) La edad de las personas que deben ingresar a ellos.*

*b) El sexo de las mismas.*

*c) La naturaleza de las actividades y acciones para la reinserción social que proceda.*

*d) El tipo de infracción cometida.*

*e) El nivel de compromiso delictual de los internos.*

*f) **Las especiales medidas de seguridad o de salud que la situación de ciertos internos haga necesarias.***



g) Otros criterios adoptados complementariamente por la Administración Penitenciaria.

**Artículo 26.-**

Todos los internos están obligados a cumplir los preceptos reglamentarios y especialmente, los de orden y disciplina, sanidad e higiene, corrección en sus relaciones y en su presentación personal, así como conservar cuidadosamente las instalaciones del establecimiento y el utensilio y vestuario que eventualmente les sean proporcionados.

La Administración Penitenciaria abrirá al ingreso de un interno, una ficha única individual cuyo objetivo será la identificación y registro del mismo, así como la aplicación diferenciada del tratamiento penitenciario; en ella se **anotarán los datos personales, procesales, de salud**, educación, trabajo, conductuales, psicológicos y sociales, y todo otro dato relevante sobre su vida penitenciaria. Esta ficha acompañará al interno a todo establecimiento al que fuere trasladado.

**Artículo 28.-**

Por Resolución fundada del Director Nacional, quien podrá delegar esta facultad en los Directores Regionales, **serán ingresados o trasladados a departamentos, módulos, pabellones o establecimientos especiales**, los penados cuya situación haga necesaria la adopción de medidas dirigidas a garantizar la vida e integridad física o psíquica de las personas y el orden y seguridad del recinto.

Estas medidas podrán adoptarse en razón de la reincidencia, tipo de delito, de reiteradas infracciones al régimen normal de los establecimientos penitenciarios, de **requerimientos sanitarios**, y de otros antecedentes de carácter técnico que las hagan necesarias.

Este régimen de extrema seguridad no tendrá otro objetivo que la preservación de la seguridad de los internos, sus compañeros de internación, del régimen del establecimiento, de los funcionarios, y de las tareas impuestas a la administración

**y en su cumplimiento se observarán todas las normas de trato humanitario.**

*La Resolución será revisada en una primera ocasión, a lo menos en los 60 días siguientes a aquél en que se produjo el ingreso o traslado. Si es confirmada, será revisada nuevamente a los 90 días de la primera revisión y posteriormente a los 120 días de la última. En caso de producirse una nueva confirmación, la internación y las condiciones especiales de seguridad serán revisadas a lo menos cada seis meses.*

*Los Jefes de los establecimientos serán personalmente responsables del cumplimiento de las condiciones excepcionales de este régimen e informarán trimestralmente, a lo menos, a las Direcciones Regionales acerca de su cumplimiento.*

*En el día o a más tardar el día siguiente, se notificará al condenado de la resolución pertinente, entregándole copia de la misma.*

*Para la aplicación de medidas extraordinarias de seguridad respecto de detenidos y sujetos a prisión preventiva, se estará a lo prevenido en la ley procesal pertinente.*

*La Resolución que ordene alguna de estas medidas, deberá estar precedida de un informe técnico que las recomiende.*

**Artículo 34.-**

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

**Artículo 35.-**

**Excepcionalmente el Director Regional podrá autorizar la internación de penados en establecimientos hospitalarios externos,** *previa certificación efectuada por personal médico del Servicio que dé cuenta de alguna de las siguientes situaciones:*

a) Casos graves que requieran con urgencia, atención o cuidados médicos especializados que no se pueda otorgar en la unidad médica del establecimiento.

En este caso, si la urgencia lo amerita el Jefe del Establecimiento podrá autorizar la salida, lo que deberá ser ratificado por el Director Regional, dentro de las 48 horas siguientes;

b) Cuando el penado requiera atenciones médicas que, sin revestir caracteres de gravedad o urgencia, no puedan ser prestadas en el establecimiento.

### **Artículo 36.-**

De conformidad con lo establecido en el artículo 20 del D.L. N° 2.859, de 1979, Ley Orgánica de Gendarmería de Chile, las autorizaciones de que trata el artículo precedente serán otorgadas para llevar a los penados a los establecimientos hospitalarios públicos que forman parte de los Servicios de Salud, a menos que el interno desee ser atendido en algún otro establecimiento y cuente con recursos para financiar dicha atención.

En los establecimientos en que se ejecute un contrato de concesiones que considere la atención de salud para los internos, la autorización de atención o internación en el exterior de la unidad penal, podrá referirse a clínicas u hospitales privados, sin que ello pueda importar costo alguno para la Institución.

En ambos casos, el establecimiento propuesto deberá satisfacer los requerimientos de seguridad que Gendarmería determine.

### **Artículo 37.-**

La duración de la internación de los penados en recintos hospitalarios externos, será determinada por el personal médico de Gendarmería de Chile, el que realizará o solicitará evaluaciones de la salud del interno con la periodicidad que el caso amerite.

### **Artículo 38.-**

**Los detenidos y sujetos a prisión preventiva podrán salir de los establecimientos penitenciarios por orden del Juez de la causa en casos**

**graves de enfermedad o accidentes.**

*En caso de enfermedad grave y de extrema urgencia, el Jefe del Establecimiento podrá autorizar bajo su responsabilidad salidas sin la correspondiente autorización judicial, siempre que ésta no pudiere ser recabada oportunamente, adoptando las medidas necesarias para no entorpecer la acción de la justicia y dando inmediata cuenta de lo actuado al Juez de la causa y al Director Regional de Gendarmería de Chile.*

**Artículo 47.-**

***Los internos tendrán derecho a que la Administración les proporcione una alimentación supervigilada por un especialista en nutrición, médico o paramédico, y que corresponda en calidad y cantidad a las normas mínimas dietéticas y de higiene.***

*Sin perjuicio de lo anterior, los internos podrán adquirir en los economatos que funcionen en los establecimientos penitenciarios, bienes o especies para su consumo o uso personal. En ningún caso el servicio de economato tendrá fines de lucro.*

**Artículo 58.-**

*Los internos tendrán derecho a efectuar peticiones a las autoridades penitenciarias, las que deberán efectuarse en forma individual, verbalmente o por escrito, debiendo ser necesariamente cursadas y contestadas por escrito o verbalmente por el Alcalde en las audiencias que conceda. En ningún caso el encargado de su recepción podrá negarse a recibirlas o a tramitar las peticiones. Toda petición debe ser respondida en el plazo de quince días corridos o, a lo menos, dentro del mismo plazo, deberá informarse el estado de tramitación en que se encuentra.*

*El ejercicio de este derecho no obsta a la interposición de los recursos judiciales que sean pertinentes.*

**Artículo 86.-**

*Los internos sancionados con permanencia en celda solitaria deberán ser visitados diariamente por el Jefe del Establecimiento, el médico o paramédico y si el afectado lo pidiera, el Ministro de su religión, quienes deberán dejar constancia escrita, si los internos hubieren sido objeto de castigos corporales o no se hubiere dado cumplimiento a lo dispuesto en el presente Reglamento. **El médico o paramédico deberá pronunciarse sobre la necesidad de poner término o de modificar el encierro en celda solitaria, por razones de salud física o mental del afectado, lo que informará por escrito al Alcaide.***

*Todo interno afectado por esta medida disciplinaria no podrá recibir paquetes, salvo artículos de higiene y limpieza, que no importen riesgo para su seguridad o integridad, y los medicamentos autorizados por el médico del establecimiento.*

*No se aplicará esta sanción a las mujeres embarazadas y hasta seis meses después del término del embarazo, a las madres lactantes, y a las que tuvieren hijos consigo.*

De las disposiciones extensamente reproducidas precedentemente, podemos desprender el celo con que la autoridad exige que sean tratados los internos, garantizando su integridad física, trato igualitario y digno, velando por el mantenimiento de condiciones de higiene, seguridad y sanitarias adecuadas para garantizar el mantenimiento y, en su caso, el restablecimiento de la salud de los internos.

Cabe señalar, que dicha articulación es adecuada para los estándares humanitarios y tratados internacionales adoptados por Chile, al menos en términos teóricos, sin perjuicio de lo cual es posible observar una seria diferencia entre lo que la norma exige y los recursos disponibles para llevar a cabo dichas tareas, por ello, del análisis puramente normativo podemos establecer que en Chile existe un sistema penitenciario que respeta y reconoce el Derecho a la protección de la Salud, más no necesariamente dicha exigencia se traducirá en un política pública con medidas concretas y verificables.

5.1.9.- REGLAMENTO PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD. (Decreto N°927, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos)

En el marco de la Ley N°19.779, que establece normas, relativas al virus de inmunodeficiencia humana, y crea una bonificación fiscal para las enfermedades catastróficas, se dispone que un Reglamento debe regular la realización del examen para la detección del VIH a las personas privadas de libertad, razón por la cual, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos dictó el Decreto N°927, el año 2016, que regula la materia.

Este Reglamento señala que la aplicación de los exámenes para la detección del VIH se debe ajustar a los principios de confidencialidad y voluntariedad.

*Artículo 2º.- Principio de no discriminación. Ningún establecimiento penitenciario podrá negarse a recibir o mantener en sus dependencias a una persona privada de libertad que haya sido diagnosticada con VIH, por este solo hecho.*

Asimismo, no podrá efectuarse la clasificación penitenciaria de una persona privada de libertad portadora de VIH, en razón de su enfermedad, sin perjuicio de la adopción de medidas de salud, conforme lo dispuesto en el decreto supremo N°518, de 1998, del Ministerio de Justicia, que aprueba Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.

*Artículo 3º.- Confidencialidad. El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre confidencial, conforme lo establece la ley N°19.779, que establece Normas Relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea Bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas, sea que se realice de manera voluntaria o en los casos en que la normativa disponga que se efectúe de manera obligatoria. Todo el personal de salud, tanto profesional como auxiliar que, a raíz del desarrollo de su trabajo, intervenga o tome conocimiento de la realización del examen de detección del VIH, deberá mantener la más estricta confidencialidad sobre la persona involucrada, los resultados del mismo y toda circunstancia relacionada con dicho procedimiento, conforme a las disposiciones legales sobre la*

*materia.*

*La obligación de reserva o confidencialidad de que trata el inciso precedente, se hará extensiva a todos/as los/as funcionarios/as de Gendarmería de Chile, del Ministerio de Justicia y del Ministerio de Salud y/o personal de instituciones en convenio que, en razón de su cargo, accedan o tomen conocimiento de la realización del examen respectivo, de sus resultados y toda circunstancia relacionada con dicho procedimiento. Para los efectos del presente reglamento, los deberes y obligaciones establecidos para los/las funcionarios/as, se entenderán igualmente extensivos a las personas contratadas a honorarios en los Órganos mencionados.*

*Artículo 4º.- Voluntariedad. El examen para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana será siempre voluntario. Nadie podrá ser obligado a practicarse dicho procedimiento en contra de su voluntad, salvo en los casos expresamente señalados por la ley N°19.779 y en el título IV del presente cuerpo normativo.*

Otras normas a destacar son las que detallan la formalidad del consentimiento de la persona privada de libertad, tanto para acceder a la toma de la muestra (Artículo 4º), como el retiro de los resultados (Artículo 6º). Especial relevancia tienen las normas especiales para la notificación del resultado, ya que se regulan los casos especiales, como el caso de que se deba entregar el resultado a una persona distinta de aquel privado de libertad (Artículo 16), en caso de que la persona haya obtenido la libertad (Artículo 17), o cuando ha sido trasladado a otro recinto penitenciario (Artículo 18).

5.1.10.- RESOLUCIÓN EXENTA N°860: FORMALIZACIÓN DE LA UNIDAD DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS EN GENDARMERÍA DE CHILE. (Resolución exenta N°860, del 8 de febrero de 2018, que establece la organización interna y fija tareas específicas de los departamentos y unidades

dependientes de la Subdirección Técnica de Gendarmería de Chile, dejando sin efecto resoluciones anteriores).

Corresponde hacer referencia también, a la adecuación de la estructura interna de Gendarmería de Chile, en el marco del Plan de Derechos Humanos, de modo que en el año 2018 y para ajustarse a las metas establecidas por el ejecutivo, el Jefe de Servicio de Gendarmería dictó la Resolución Exenta N°860, que incorpora varias unidades, a la ya existente Subdirección Técnica; entre las que se cuentan (en lo que nos interesa), la Unidad de Cooperación Internacional y Seguimientos de Reinserción Social y la Unidad de Protección y Promoción de Derechos Humanos.

En efecto, la mencionada Resolución dispone:

**Artículo 1°.-** La Subdirección Técnica es la encargada de desarrollar los programas y proyectos institucionales tendientes a la reinserción social de las personas atendidas en los distintos subsistemas, velando por el mejoramiento permanente del régimen penitenciario.

**Artículo 2°.-** La Subdirección Técnica tiene a su cargo los siguientes Departamentos:

- Departamento Sistema Abierto;
- Departamento Sistema Cerrado;
- Departamento Pos Penitenciario;
- Departamento de Monitoreo Telemático
- Departamento de Estadísticas y estudios penitenciarios
- **Departamento de Salud Penitenciaria**

Asimismo, la Subdirección Técnica se integra con las siguientes Unidades:



-Unidad de Cooperación Internacional y seguimiento de convenios de reinserción social.

- Unidad de Gestión y desarrollo de la actividad productiva de los Centros de Educación CET.

**- Unidad de Protección y Promoción de Derechos Humanos.**

Asimismo, aborda en la organización interna de Gendarmería de Chile, las tareas del denominado Departamento de Salud Penitenciaria, encargado de la administración de los recursos y el otorgamiento de prestaciones a los internos:

**Artículo 26°.-** El Departamento de Salud Penitenciaria tiene por objeto administrar y coordinar los recursos destinados a otorgar prestaciones de salud a las personas privadas de libertad, de conformidad a lo establecido en la Ley Orgánica de Gendarmería de Chile y en la normativa aplicable.

**Artículo 27°.-** El Departamento de Salud Penitenciaria funcionará internamente a través de 2 secciones: Sección de Gestión de Estadísticas y Sección de Prestaciones de salud.

**Artículo 29°.-** Las tareas específicas de la Sección Prestaciones de Salud son las siguientes:

- a) Asesorar y supervisar la gestión de los Coordinadores de Salud regionales;
- b) Monitorear las acciones que se desarrollan en cada una de las unidades bajo su dependencia esto es, Hospital Penal y dispositivos a nivel nacional;
- c) Evaluar técnicamente los planes y programas de salud destinados a la población privada de libertad, proponiendo ajustes o nuevas iniciativas a implementar, conforme a los lineamientos y políticas establecidas por el Servicio;
- d) Supervisar y resguardar la correcta y óptima ejecución de planes como

programas destinados a la población privada de libertad;

- e) Establecer lineamientos, guías, protocolos y estándares de aplicación clínica referidas a atención de Salud profesional y técnica a personas privadas de libertad en los establecimientos penitenciarios.
- f) Elaborar estudios y propuesta de habilitación de nuevos dispositivos sanitarios o ampliaciones de ellas a nivel nacional, de acuerdo a estándares de la Autoridad Sanitaria;
- g) Realizar o participar en investigaciones operacionales y/o epidemiológicas que sean autorizadas por el Director Nacional y;
- h) Ejecutar las demás tareas que le sean solicitadas dentro del ámbito de su competencia.

Por su parte, la mencionada Unidad de Cooperación Internacional y de Seguimiento de Convenios de Reinserción Social, se encuadra en el objetivo del Plan del Ministerio de Justicia, por cuanto se establece que:

**Artículo 29°.-** La Unidad de Cooperación internacional y seguimiento de Convenios de Reinserción Social, es la encargada de realizar las gestiones necesarias para fortalecer las relaciones y la cooperación internacional, dando cumplimiento a los acuerdos, convenios, y compromisos internacionales en materia de reinserción social, como también, llevar un registro y efectuar seguimiento de los convenios en materia de reinserción social, suscritos por la institución con vigencia nacional, para favorecer su adecuada implementación.

**Artículo 32°.-** La Unidad de Protección y Promoción de Derechos Humanos, será la encargada de asesorar en la planificación y desarrollo de las políticas y planes en materia de respeto, protección y promoción de los derechos humanos y en la aplicación de los instrumentos internacionales de protección de derechos.

Por último, cabe referirnos a las tareas específicas de la Unidad de Protección y Promoción de los Derechos Humanos, tratada en el artículo 33º de la Resolución Exenta citada, en los siguientes términos:

**Artículo 33º.-** Las tareas específicas de la Unidad de Protección y Promoción de los Derechos Humanos, son las siguientes:

- a) Articular a nivel nacional un sistema eficaz de protección y promoción de los derechos humanos de las personas sujetas a custodia y control de Gendarmería de Chile como, asimismo, promover la construcción de una cultura que reconozca y promueva el respeto y protección de los derechos y garantías de estas personas.
- b) Proponer y asesorar al Director Nacional, Subdirecciones, Directores Regionales y Escuela de Gendarmería de Chile, el desarrollo e implementación de programas y planes orientados a fomentar el respeto, la protección y promoción de los Derechos Humanos en el Servicio.
- c) Promover el desarrollo de actividades de capacitación que incentiven una cultura coherente y sistemática de respeto, protección y garantías de los Derechos Humanos al interior del servicio.
- d) Coordinar la entrega de información y colaborar en la elaboración de informes relativos a la materia, solicitados por organismos tanto nacionales como internacionales encargados de observar su cumplimiento.
- e) Monitorear y guiar la implementación de recomendaciones en materia de derechos humanos de las personas bajo custodia y control de Gendarmería.
- f) Coordinar con organismos relacionados, la ejecución de actividades que promuevan el respeto y promoción de los derechos y garantías, entregando herramientas que incentiven una cultura de respeto a estos derechos.
- g) Analizar e informar al Director Nacional las evaluaciones externas nacionales e internacionales, relativas a la protección de los Derechos Humanos.

h) Coordinar y prestar apoyo técnico en las materias propias de su competencia y al Consejo para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos que existirá al interior del servicio.

Del análisis inicial realizado se puede mencionar que los instrumentos internacionales, tienen su bajada en los instrumentos nacionales, generándose una propuesta y compromisos por parte del Estado Chileno, respecto al abordaje de la Salud en los Centros de Cumplimiento Penitenciarios. En general, las directrices son claras y juiciosas, respondiendo a los derechos fundamentales que amparan a cualquier ser humano, lo que se hace presente en las leyes e instrumentos vinculados a la orgánica carcelaria. Respecto al abordaje del Derecho a la Salud, los distintos instrumentos presentan un abordaje restrictivo, centrado en la atención de salud. (Médico, Dentista, Unidad de Enfermería etc.). Se reconoce, además, explícitamente, un abordaje integral del proceso- salud-enfermedad- atención y además, se propicia en todas las normas y orientaciones un abordaje de los ámbitos de educación, trabajo, alimentación y habitabilidad, lo que daría cuenta desde lo jurídico de una intencionalidad de una cárcel saludable y humana.

## SEXTA PARADA: CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD EN EL CONTEXTO CARCELARIO DESDE LA NARRATIVA DE LOS ACTORES A NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL.

Una vez conocidas las leyes, normativas y decretos que regulan las cárceles y el sistema de salud, por parte del gobierno de Chile, desde el Ministerio de Justicia y de Salud; la investigación se propuso conocer cómo se implementa la política de salud en el contexto carcelario desde las narrativas de los actores políticos y operativos.

En la presente investigación, se comprende por implementación, el proceso de aplicación de las leyes, normativas y decretos en las instituciones participantes en el marco de un contexto de nación y en un momento determinado.

Para ello, se construyó una estrategia metodológica, a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas, auxiliadas por un guion de temas, el que fue dando lugar al desarrollo de preguntas más específicas. El levantamiento de las entrevistas ocurrió en un lapso, desde el mes de septiembre del 2017 a enero del 2019. Las descripciones textuales que se refieren en el texto son citadas aludiendo al papel del entrevistado, a través de un código, que permite el anonimato en la mayoría de los casos, pero que sugiere su nivel de operación como sigue: Actor político nacional (APN), actor operativo regional (AOR) y actor operativo local (AOL).

Las entrevistas son una fotografía de los actores, puestos en acción, desde su papel institucional, intentando rescatar su visión respecto del papel y la institución, su cosmovisión, sus márgenes de maniobra e interpretación y su sentir. Si bien se trata de narrativas institucionales, estas radican en personas que reflejan una concepción social y, en tanto tal, son representativas de un grupo de sujetos, funcionarios de la red institucional en un momento determinado de la historia del país.

Dilucidar la caracterización de la implementación de la política en la voz de los distintos actores, organizada desde una perspectiva teórico metodológica,

determinada como la que aquí se utilizó, produjo relatos vinculados a la relación Estado y Sociedad, enfoque sobre la política pública respectiva, los instrumentos disponibles para su prácticas, el rol institucional de los actores, el presupuesto disponible, la institucionalidad vinculante y las prácticas y acciones sanitarias realizadas, pero, también, las dimensiones subjetivas para repensar su quehacer a partir de la relación con el entrevistador y sus preguntas. A continuación se colocan, en diálogo, las distintas miradas.

#### 6.1.- RELACIÓN ESTADO Y SOCIEDAD Y SU TRAZABILIDAD EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD.

La relación entre el Estado y la Sociedad se comprende, a partir de condiciones situadas y condiciones por situar, en el imaginario público. En lo que respecta al acceso a la salud, en Chile, los quintiles más pobres enfrentan dificultades para una atención integral, eficaz y eficiente.

Lo anterior, es narrado por los distintos actores, quienes lo ven como una condición estructural a nivel país, delimitada por la mixtura público-privada, presente en las distintas esferas de la sociedad y, por supuesto, en el sistema de salud. Por otro lado, hacen referencia a la reducida participación del Estado, como garante del Derecho a la Salud y, además, la acotada concepción que se tiene de la salud pública desde las esferas políticas, lo que acrecienta, en mayor medida las dificultades para ejercer la Salud como un derecho humano en los contextos de encierro.

*“El Estado no garantiza el derecho a la salud de nadie en este país. Constitucionalmente el Estado garantiza el derecho a acceder a la salud. Chile tiene un problema estructural, en la concepción de la salud, en Chile la salud no es un derecho humano, inalienable que deba ser otorgado a todo evento. En Chile tiene salud aquel que paga y eso es a partir de que constitucionalmente...está garantizado*

*sólo el derecho al acceso, pero no asegura ni garantiza el derecho a la salud de las personas” (AOR1).*

*“...en la constitución política no está declarado el derecho a la salud y tanto es así que, hasta hace algunos años atrás, nadie hablaba del derecho de salud dentro de las redes, el equipo de salud no hablaba del derecho a la salud...” (AOL2).*

*“...el sistema de salud chileno es un reflejo y un perpetuador de nuestra inequidad eh... si hacemos cambios en el sistema de salud, podemos transformar el sistema de salud, en un instrumento de mayor equidad, pero así como el sistema de salud es un reflejo y perpetuador de nuestras inequidades, lo mismo pasa con nuestro sistema educacional... y, sin duda, también con nuestro sistema de persecución penal” (APN5).*

Las personas privadas de libertad son las más pobres entre los pobres, residuos de un sistema que excluye y que poco o nada se esmera en reparar el daño que infiere. Los que se escapan de la norma y, de la ley, reciben como castigo la privación de la libertad, de esa forma la sociedad castiga, a través del sistema de justicia a los “nadie”, como los llama Galeano.

*“nuestra sociedad es una sociedad muy castigadora, no hay una visión respecto a lo más estructural, por qué se producen los delitos, mucho de los delitos contra la propiedad tienen que ver con la desigualdades de base que tenemos en la sociedad, con la inequidades, con que exista gente asquerosamente rica y gente tremendamente pobre, en fin...” (APN2)*

Sin embargo, la privación de libertad no parece ser suficiente y es, en base a esta evidencia, que se tensiona el rol del Estado y la mirada de la sociedad frente a las

personas privadas de libertad, dando lugar al abandono, rechazo y omisión, por parte de las directrices de la política.

*“¿Cuál es el castigo? Yo creo que esa es la pregunta, yo me la hago ahora “¿Cuál es el castigo de estas personas?” (APL1).*

*“La brecha de condiciones sanitarias en las cárceles es tremenda...si hablamos de poblaciones vulnerables, esta es una y estamos en deuda” (AOL2)*

*“...se han tratado de generar nuevas construcciones de cárcel, mejorar las condiciones, pero han sido rechazadas por la sociedad... hoy día, se pasa de un Estado dictatorial a un Estado sin norte, en el sentido de que, no puede llevar adelante la política pública” (AOL1)*

*“Los recintos actuales no cuentan con las condiciones...La construcción de un Centro de Educación y Trabajo, en el ex fundo La Peña, fue rechazado de plano ¿Me entiendes? Entonces yo ahí veo una castración de las facultades del Estado en generación de políticas públicas”. (AOL1)*

Relacionado a esto último, es relevante profundizar en la idea del “Estado castrado”, señalando por tal a aquel que se ve limitado y presionado por la inmediatez de la opinión pública, pero respecto del cual se plantea la relevancia de que avance hacia su configuración como un Estado garante.

*“...el Estado está castrado, si usted hace una política pública va a ser letra muerta...El Estado hoy día está centrado... donde hay presión social y en esto no hay presión social entonces, evidentemente hay un tema de abandono... pero yo te quiere contar la evolución de vida que tienen los Gendarmes, porque a través de*



*los Sindicatos, Seremi de Justicia y subsectores he visto cómo el trabajo de ellos es un trabajo estresante, presionado y con falta de presupuesto...entonces no solamente es un tema de salud de los presos sino que también de todas las personas que ahí viven, trabajan, habitan y reconozco que el tema de los presos, de salud nadie lo ha puesto en ninguna reunión que he tenido en el tapete...el Estado es una institución bastante debilitada...coartado por la presión de la opinión pública". (AOL1)*

*"la persona privada de libertad es un sujeto de atención en la cual como Estado tenemos un deber de garante y por lo tanto, tenemos incluso que promover el ejercicio adecuado de sus derechos, yo creo que esa es la mirada que como Estado, debemos tener de las personas". (APN1)*

*"...debería ser el de protección, debería el Estado proteger la salud de las personas privadas de libertad, porque veo la desprotección actual... no puede ser, la desprotección en salud un castigo adicional a la cárcel, entonces, creo que deberíamos seguir avanzando para lograr que esa protección se haga efectiva". (APN2)*

Es así, como se tensiona el rol del Estado, no sólo en lo que compete a la atención del sujeto privado de libertad, sino, también, en lo que respecta a los actores institucionales, que trabajan para el Estado en esta materia, entre ellos, los propios funcionarios de la Institución de Gendarmería, a quienes en algunos casos no se les otorgan las garantías mínimas para ejercer sus Derechos Humanos.

*"Gendarmería es una institución que ha sido...permanentemente abandonada por el Estado... a quien le importa realmente los reos, esa es la pregunta, que... ¿cuándo te preocupas tú de la población penal?, cuando te asaltan en tu casa, si no, ni siquiera, te da lo*

*mismo si están vivos o están muertos, o están en la humedad, o están al aire libre, están peor que la gente en situación de calle...".*  
(APN3)

En otra línea de ideas, los actores hacen mención a la tensión que se visualiza en el acceso a la atención de salud, producto de la brecha entre lo público y lo privado. Se precisa que no existen mecanismos administrativos para poder dar curso a la libertad de elección del sistema de salud en el que la persona privada de libertad se quiere mantener, una vez que ingresa a la cárcel (Público o Privado).

*“Que me pasa a mi cuando recibo un interno que está asociado a una ISAPRE y gendarmería tiene que, entre comillas, entregar todos estos cuidados a esta persona, pero no está acogida a la ISAPRE, hay que pasarlo a FONASA. Si yo lo paso a FONASA, lo paso a él, más su familia, entonces, ya no estoy hablando sólo de la situación de él, sino que la de su familia. Entonces, hay una serie de soportes administrativos detrás, que se debiesen tener, que de alguna forma, a nosotros nos permita trabajar más expeditamente...y decir “bueno, esta persona tiene la libertad de estar en una ISAPRE, FONASA, en lo que él quiera, que él permanezca en su situación y mientras tanto, en la reclusión nosotros la vamos a soportar administrativamente con esto...porque también yo mando a una persona equis, al CESFAM o al hospital equis y él era ISAPRE y bueno ¿Quién paga?. Yo no puedo llegar y tomar una persona y decirle...bueno, a contar de hoy tú soy un interno de gendarmería y ya no soy más ISAPRE, soy FONASA” quien respeta también ese derecho que él tiene de decidir y escoger”. (AOL5)*

Junto con ello, y para reforzar la relación público – privada, tan enquistada en nuestra sociedad, debemos relevar que no todos los presos son iguales. Nuestro

país arrastra una de sus mayores vergüenzas en tiempos de democracia: cárceles especiales para los criminales de lesa humanidad.

*“Los presos de las Fuerzas Armadas tienen previsiones...tuvimos que correr de Til Til al Hospital Militar que está allá, arriba, en La Reina, o al de Carabineros o al de la FACH. Nadie menciona eso, cuando fueron trasladados para allá. O sea, tú sacas a un interno a dializarse de Til Til a acá arriba y se va el día entero”. (APN3)*

Estos presos cuentan con privilegios y facilidades propias de las comodidades y garantías, que nuestra democracia laxa les ofrece, que les permiten homologar las condiciones con que contarían si estuviesen libres.

En tal sentido y más allá del caso de los privados de libertad “VIP” de las Fuerzas Armadas, la regla general, hace que resulte sensato generar un sistema que conecte las iniciativas de salud de los centros penitenciarios con el sistema público de salud territorial. Esto implica, necesariamente, conectar actores del sistema de salud y del sistema penitenciario. En este escenario, el marco ideal sería contar con atención de salud dentro de estos centros.

*“Peligro de fuga y todo, entonces todos ganamos, disminuimos traslado, la dotación la tenemos concentrada en las unidades penales y no en los casi veinte mil traslado por motivos de salud que se hacen al año”. (APN1)*

Otra tensión declarada, está relacionada con el escaso conocimiento que posee el funcionario de gendarmería, sobre el sistema de previsión de cada persona, por tanto, al necesitar asistencia y ser llevado a un centro asistencial público, existe el cuestionamiento sobre quién se hace cargo del costo de la atención, en el caso que la persona estuviese en un sistema distinto (Isapre/Fuerzas Armadas).

*“FONASA, más del ochenta por ciento de la población penal ha tenido atención, alguna vez, en algún CESFAM donde ha quedado inscrito como FONASA, lo que pasa, es que hay gente que está bloqueada, porque por ejemplo, en ISAPRE dejaron de cotizar, esa gente hay que hacerles traspaso, el desbloqueo o si no, no nos dan las horas en los hospitales, hay otros que tienen, por ejemplo, los de Fuerzas Armadas.” (APN3)*

*“...más de alguna vez me he encontrado en esta encrucijada y en esta consulta de que, llego a algún hospital, me entregan una persona de alta, después de una atención y me dicen “sabe el caballero es ISAPRE ¿Cómo lo vamos a hacer?” y yo como que... o sea, yo ahí ¿Qué hago? O sea, de alguna forma, yo entro ahí en el tema de que “bueno, yo trabajo para gendarmería” yo no soy gendarmería, yo no soy el Estado, entonces, yo no puedo solucionar, yo no puedo andar por la vida solucionándole los temas de la gente, de alguna forma...” (AOL5)*

## 6.2.- ENFOQUE DE LA POLÍTICA DE SALUD EN LOS CONTEXTOS CARCELARIOS

Las decisiones públicas dirigidas a las personas privadas de libertad están mediadas fuertemente por la concepción y visión, que se tiene de quienes cometen delitos. Esta condición hace que, los hacedores de políticas, generen condiciones que son funcionales a dichos enfoques.

*“Uno como funcionario de salud en el sistema externo no siente esta presión, entonces es, totalmente diferente, mirarlo desde acá”.*  
(AOL5)

Esta frase evidencia que, de alguna forma, las paredes de la cárcel nublan derechos de las personas privadas de libertad. No se siente la presión porque son

evidenciados como ciudadanos de menor valía, porque jamás van a reclamar, pues ellos mismos comprenden que “la vida es así”, que se lo merecen, en tanto el sistema educacional chileno, jamás les entregó herramientas para empoderarlos como ciudadanos.

Continuando con esta argumentación, encontramos que el control y la vigilancia son acciones que prevalecen en la relación entre los agentes del Estado y las personas privadas de libertad, por sobre los esfuerzos públicos por reeducar, rehabilitar, reinsertar y hacer efectivo el derecho a la salud. A la fecha, se siguen presentando denuncias por atenciones médicas, en donde las personas privadas de libertad, se encuentran engrilladas, ausentándose el resguardo ético que debe prevalecer.

*“No podemos olvidar el caso de Lorenza Cayuhan, mujer mapuche que dio a luz esposada junto a tres gendarmes en la sala de parto...”  
(APN2)*

*“Los gendarmes van a hacer su trabajo..., por eso es que a mí me resulta difícil que ellos tengan la función punitiva y que, a su vez, garanticen el derecho a la salud, eso no va a suceder, porque tendrían que ponerse en otra posición, la forma de relación es distinta, tiene que haber una contraparte y, entonces, cuando se da este espacio clínico, es el médico el que tiene que proteger a ese usuario, a esa persona, y, en el caso del parto de esta mujer mapuche, yo creo que ahí falló el sistema de salud”. (AOL2)*

Es así como los distintos actores dejan en evidencia la presencia de un enfoque centrado en lo punitivo, reactivo en temas de salud y centrado en la enfermedad, y en donde, además, para el soporte ministerial no ha sido tema el abordaje de la salud, en este grupo vulnerable.

*“con un enfoque más eh de... reacción más que de prevención...”*  
(APN1)

*“...las políticas públicas orientadas solamente al control policial”*  
(APN4)

*“...en el Ministerio de Salud se tiene una mirada de que es un grupo no prioritario...sin embargo, es un grupo que nos compete, por cierto que nos compete, pero la priorización en el hoy día, no ha estado y tengo la convicción de que estamos en un proceso de transición...”*  
(AOR1)

No obstante, lo anteriormente planteado, es importante mencionar que ciertos actores, al verse enfrentados al tema, plantean ideas en la línea de resignificar este enfoque y/o reconocer el cambio de paradigma, que se comienza a bosquejar desde el aparato público-normativo, proyectando así una política sustentada en el enfoque de derechos humanos. Incluso, se hace alusión a ciertos avances en esta materia, que, si bien no están disponibles a la luz pública, al menos están presentes en algunos documentos; como, por ejemplo, las modificaciones al Reglamento de Recintos Penitenciarios, realizadas en los años 2006 y 2016.

*“Claramente gendarmería está en camino a un reglamento de establecimientos penitenciarios, con el enfoque de derechos humanos y género, que la presidenta Bachelet le encargó a la subsecretaria de Derechos Humanos”.* (APN4)

*“...yo diría que en el segundo gobierno de la presidenta Bachelet, donde se hace una declaración explícita, que el enfoque se va a transformar, vamos a llevar nuestra gestión al enfoque de derecho y se declara lo que eso significa.* (AOL2)

Así, también, se reconocen los caminos para hacer efectiva la garantía y supervisión del cumplimiento de los estándares mínimos de las condiciones de vida digna (salud, alimentación, habitabilidad etc.), pero, se visualiza una escasa disposición, por parte del Estado a mejorar las condiciones, lo que tensiona a las instituciones que deben velar por el cumplimiento de estas condiciones y que forman parte del mismo aparataje estatal.

Ejemplo de ello, es la Secretaria Regional Ministerial de Salud (SEREMI), la que debe regular, normar y fiscalizar la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales que propendan el mejoramiento de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables. Ésta se ve frenada por la propia condición del contexto, es decir, a juicio de ellos no es tan fácil clausurar una cárcel, como se hace de manera habitual con un centro comercial.

*“falta una mayor disposición del Estado para disponerse a mejorar. Cuando uno hace un análisis comparativo desde la perspectiva del trabajo que nosotros desempeñamos en la Seremía de Salud, es que si las cárceles fueran un establecimiento comercial, nosotros ya las tendríamos clausuradas... o tendrían muchos sumarios, con muchas multas, pero no podemos clausurar una cárcel...¿te das cuenta?, entonces, la verdad que es muy frustrante pensar en que habiendo exigencias... no se pueden cumplir y en esto quiero ser súper claro... los funcionarios de gendarmería, honestamente se ve que ellos tratan de hacer todo lo posible pero si no se cambia el modelo general esto no va a ser posible... porque cada vez llegan más personas”. (AOR1)*

Este enfoque se nutre del discurso público, en donde el sistema neoliberal necesita de enemigos, de culpables, a quienes apuntar con el dedo. De esta forma, en los medios de comunicación están mucho más presentes frases como “fin a la puerta giratoria” que “rehabilitación a la población penitenciaria”. Los esfuerzos de la

autoridad competente, verificados en las acciones institucionales, evidencian acciones acotadas y restringidas para poder garantizar procesos de reinserciones reales y sostenibles.

Según el Reglamento de Recintos Penitenciarios de Gendarmería de Chile, una persona privada de libertad no puede ser violentada ni física, ni verbalmente, a través de gritos u ofensas; sin embargo, todos los privados de libertad señalan que en los allanamientos lo habitual es que les griten y les den golpes para cumplir con el cometido. Nadie reclama por eso, todos saben que la sanción podría ser traslado de cárcel.

Esto permite constatar que ciertas acciones son propias e irreversibles en un sistema que genera una cultura en donde el usuario integra que aún cuando no sea así, ha perdido mucho más que la libertad de movilidad al estar tras las rejas. Esta situación por una parte, es integrada como criterio de realidad por los privados de libertad y por otra parte, a los agentes del Estado les aporta cierta holgura en su enfoque, de acuerdo a las laxas exigencias que puede ejercer la población penitenciaria, conformada por personas que no se ven a sí mismos como sujetos de derecho.

### 6.3.- INSTRUMENTOS DISPONIBLES PARA EL HACER, RECONOCIDOS POR LOS ACTORES.

Las acciones del Estado sólo se pueden verificar en la medida, que están incluidas dentro de los procedimientos que orientan la gestión pública.

*“porque el traslado de los hospitales, implica por un interno, creo que un carro y cuatro gendarme, por un sujeto, imagínate si son más sujetos, en segundo lugar, el impacto en el hospital, está ingresando una persona, a la sala común, donde están todos, que está engrillado, con gendarme, etc”. (APN1)*



En tal sentido podemos encontrar un conjunto de acciones públicas desde las cuales se podrían desprender orientaciones que converjan, directa o indirectamente en entregar, prestaciones de salud. Cabe señalar que sólo uno de los catorce actores entrevistados reconoce la Declaración de Derechos Humanos y el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, como instrumentos relevantes para su hacer.

*“Están los DESC, los Derechos Sociales y Culturales, que incluye el derecho a la atención de salud, está la orientación técnica número catorce de naciones unidas, la comisión derecho económico, social y culturales que habla sobre el más alto nivel de salud...se refiere, específicamente, al derecho a la salud y pone varios estándares internacionales, en materia de derechos humanos, que son accesibilidad, aceptabilidad, calidad, etcétera, que son aplicables a todos los grupos, o sea, en lo específico no hay, que yo conozca, un instrumento que se refiera sólo a las personas privadas de libertad, sino que es aplicable todo el resto del marco ya conocido, indudablemente el de la no discriminación”. (APN2)*

Ahora bien, los distintos actores colocan en evidencia un cuerpo de instrumentos normativos que tienen a disposición para guiar el quehacer en Salud, para su mejor comprensión se presentan estos marcos y sus respectivos alcances, separándolos en dos tipos: Aquellos que tienen alcance unilateral, es decir, cuando el documento sólo involucra a una institución y la responsabilidad recaiga sólo sobre el mandante y los de alcance multilateral, en el caso en que el instrumento busque coordinar a dos o más organismos para poder funcionar. Los documentos y/o instrumentos de alcance unilateral, narrados por los actores son:

### **- Ley Orgánica de Gendarmería.**

*“La Ley Orgánica de Gendarmería, estipula todo el quehacer del funcionario dentro de la institución, tanto civiles, como... como...lo que nos dice la ley, es que nosotros tenemos que dar atención de salud al interior de los recintos penales, eso ha significado, tener que instalar dispositivos de enfermería de salud, profesionales, enfermeras, todas las regiones tienen enfermeras, matronas donde hay... todo eso. (APN3)”.*

### **- Reglamento de Gendarmería.**

*“La ley orgánica de gendarmería es la que define todo lo que hacemos. En el reglamento no hay mucho de enfermería, salvo los traslados, pero la normativa de salud, es la gente de salud que la debe decir, deberían recitarla, pero nosotros no trabajamos (APN4).”*

**-Plan Operativo Anual de la SEREMI de Salud:** Este instrumento es realizado año a año y establece una visita al año a cada cárcel de acuerdo a una o dos áreas programáticas específicas.

*“Plan Operativo Anual es el instrumento que regula las actividades a realizar por parte de la Seremia de Salud y lo más probable es que exista una visita al año a cada cárcel, respecto de una o dos áreas específicas programáticas o temáticas, pero debiera haber otra...debería haber... en el POA una mirada más, no tan solo de fiscalización o control, una mirada más asociada hacia aspectos de orden de promoción y participación, de tener una mirada más de salud más integral y para eso nosotros deberíamos disponer de recursos más direccionados por esa línea” (AOR1).*

**-Autorizaciones sanitarias:** Estas autorizaciones dependen de la SEREMI de Salud y son necesarias para aprobar la puesta en marcha por ejemplo, de un casino o de una enfermería.

*“...ves ahí en la pared, nosotros tenemos las autorizaciones sanitarias de funcionamiento de la unidad, más la del botiquín y eso evidentemente representa a un marco regulador de nuestras funciones, o sea, eso quiere decir que a nosotros nos fiscalizan continuamente, a nosotros nos, de alguna forma, están todo el tiempo regulando nuestro quehacer, etcétera. (AOL5)*

En segundo lugar, los documentos de alcance multilateral mencionados fueron:

**-Convenio de VIH:** Esta acción resulta de interés público pues las condiciones de las personas privadas de libertad podrían incrementar la tasa de contagio. Este convenio emana de la SEREMIA de Salud.

*“El convenio de VIH, perdón, perdón, perdón... eh... hace como cuatro años, firmamos un convenio con el mi... un poco más... con el Ministerio de Salud, dirigido a mejorar la atención de salud al interior de los recintos penales. Nosotros hicimos un levantamiento, un diagnóstico de toda la situación nuestra, que el ministerio la conoce y ellos vieron cuales eran las posibilidades”. (APN3)*

**-Convenio para atención y soporte ante brotes:** Una de las tasas de enfermos que ha subido en el último tiempo en las cárceles, es la de enfermos de tuberculosis. Por esta razón las SEREMIAS de Salud, han generado planes de prevención y detección temprana en los centros penitenciarios.

*“son uno de los principales focos de la tuberculosis, por ejemplo, que es una de las enfermedades más complejas que existen y en*

*ese sentido, el Ministerio de Salud nos genera un soporte continuo a través de la SEREMI, o sea, nosotros tenemos comunicación directa con la SEREMI de salud local, con la encargada del programa de inmunizaciones, nosotros somos objetos de campañas de vacunación todos los años, ellas están atentas, como decía, a estos brotes. (AOL 5)*

**-Convenio de construcción:** La construcción de Centros de Educación y Trabajo (CET) depende de que el CORE logre aprobar presupuesto destinado a este fin.

*“Fui CORE vimos algunos proyectos para dar alternativa a eso, ya sea como lugares de reinserción o incentivo de construcción de los CET”. (AOL1).*

**-Convenio académico:** Se establecen convenios con universidades y/o institutos de educación superior, con el objetivo de proveer servicios de acuerdo al interés de la casa de estudio y de las necesidades de la población penitenciaria.

*“La práctica de los alumnos de salud al interior de los recintos penales, es una muy buena experiencia, en la formación de ellos y lo que nosotros tenemos”. (APN3)*

**-Convenio de donación:** Del mismo modo, también se suscriben convenios de donación, en donde distintas instituciones colaboran.

*“Es un convenio de donación, que significa, que cada... los alumnos tienen un costo para la institución, eso se conversa con la... y se hace otro convenio, donde ellos nos donan, por ejemplo, nos han donado digitalizadores de imágenes, han mejorado, la Universidad del Desarrollo ha hecho un aporte enorme a todo lo que es salud dental, en maquinarias, en cámaras, en toda la historia”. (APN3)*

**- Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gendarmería de Chile, el Fondo Nacional de Salud, y la Superintendencia de Salud.**

El convenio fue suscrito el año 2012, con el objeto de dar cumplimiento a las políticas de salud y acceso a la justicia, y dentro del marco de competencias de cada ministerio, se comprometieron a efectuar una coordinación mutua y recíproca, en materias de carácter sanitario, asistencial y/o jurídico, de acuerdo a pautas de trabajo que son desarrolladas por mesas técnicas y para este efecto, como para la coordinación de recursos técnicos y humanos, se debían fijar protocolos.

Luego, hacia el 2015 se gesta la reactivación del anterior, para suscribir uno nuevo en el año 2016, que, en este caso, tuvo por objeto específico proporcionar un marco general para la coordinación y trabajo interinstitucional entre los actores para la contribución de cada uno de ellos, y en el marco de sus competencias, al desarrollo de políticas intersectoriales que propendan a garantizar el ejercicio del derecho a la protección de la salud, reconocido en el Artículo N°19 N°9, de la Constitución Política de la República, respecto de las personas privadas de libertad que se encuentran recluidas en establecimientos penitenciarios. Lo anterior, con la finalidad de que el Estado mejore las condiciones sanitarias en los establecimientos penitenciarios.

*“se rearmó un convenio, que es un convenio MARCO, para seguir trabajando de aquí en adelante, donde está FONASA, ministerio de salud, ministerio de justicia, gendarmería de Chile y superintendencia de salud, ese es el marco institucional. (APN2)*

Cabe señalar que el convenio suscrito, describe la función que le corresponde a cada institución firmante, en el desarrollo de dicha acción pública, en donde se establece el compromiso de efectuar una coordinación mutua y recíproca en materias sanitarias, asistenciales y jurídicas. En este sentido se reconoce que:

- Al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, le corresponde “formular políticas, planes y programas sectoriales, en especial, respecto al tratamiento penitenciario y la rehabilitación del condenado. Asimismo, controlar el cumplimiento de las políticas, planes y programas sectoriales y evaluar sus resultados”. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, s. f.)
- Al Ministerio de Salud, “le compete ejercer la función estatal de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona; así, como dirigir y orientar todas las acciones del Estado relativas a la provisión de acciones de salud. Asimismo, por intermedio del Subsecretario de Redes Asistenciales, tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial y al Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, s. f.).
- A Gendarmería de Chile, “le corresponde atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad, dirigir los establecimientos penitenciarios del país y aplicar en ellos las normas previstas por el régimen penitenciario. En ese sentido, la Administración Penitenciaria, en lo pertinente deberá velar, por la vida, la integridad y salud de los internos y permitirá el ejercicio de los derechos compatibles con su situación procesal” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, s. f.).
- Al Fondo Nacional de Salud, le corresponde “financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud, para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud... a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a sus

beneficiarios en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, le compete financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y, otros elementos de infraestructura, que requieran los establecimientos públicos, que integran el sistema” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, s. f.).

- A la Superintendencia de Salud, le corresponde “supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen. Asimismo, le corresponde la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud, en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios legales del sistema público de salud, en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y en lo que la ley establece como Garantías Explícitas en Salud. También, le concierne la fiscalización de los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, s. f.).

En particular, se acordaron tres compromisos a saber: (1)entablar y sostener medidas de coordinación y suscripción de acuerdos específicos; (2) disponer de recursos físicos y humanos para dar curso a la coordinación; y (3) compartir la información pertinente y necesaria para asegurar el cumplimiento del objeto del convenio, de acuerdo a la normativa legal vigente. Asimismo se comprometieron a la conformación de una mesa de trabajo.

*“Es multipartito, empezando que es una gran novedad, porque se quiso que concurrieran ministerio de salud, justicia, gendarmería*

*FONASA y la superintendencia de salud. Eso fue bien inédito, porque generalmente eran, siempre a nivel ministeriales y los organismos dependientes o relacionados o incluso, la superintendencia como autónoma...porque este convenio ya se había celebrado el dos mil doce, pero solo entre ambos ministerios, entonces, como seguían detectando varias falencias en la coordinación fundamentalmente con la red pública, eso fue lo que motivó la firma de este nuevo convenio, porque el convenio del dos mil doce, no vino a solucionar las faltas de coordinación” (APN1)*

Cabe destacar que en el caso de los últimos convenios (2012-2016), la suscripción, no importaba disposición presupuestaria adicional alguna. Ambos convenios fueron pactados con duración indefinida, sin embargo, desde la narrativa de los actores se evidencia una escasa visibilidad de apropiación de su abordaje, pues, incluso, parte de ellos, siendo parte de las instituciones comprometidas, señalaron no conocerlo.

*“el convenio es una declaración de razonables buenas intenciones, de una necesidad de coordinación, pero eh... yo no recuerdo que me hayan citado a una reunión de autoridades, para hablar de la implementación del convenio, ni nada por el estilo” (APN5).*

En tal sentido, pareciera entonces ser que la salud intracarcelaria queda en tierra de nadie, pues la responsabilidad oscila entre los actores que, en teoría se debieran articular para poder cumplir con el convenio, aunque resulta evidente que si un convenio no cuenta con un procedimiento asociado a indicadores de logro a los cuales hacer seguimiento, la posibilidad de agilizar la entrega del servicio, tiende a cero.

Al analizar la naturaleza de los documentos que los actores reconocen que actúan como soporte de la política pública, podemos ver que adolecen de los siguientes elementos:

-Cada uno de los documentos no son conocidos por la población penal, por lo que es imposible que sean exigidos.



-Los documentos bilaterales entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia y los Derechos Humanos no conversan con la contraparte de manera directa y no se levantan ni indicadores ni medio de verificación, ni tampoco plazos, que puedan garantizar que los funcionarios modelarán su actuar, para asegurar que el servicio se preste homologando las condiciones que tendría un ciudadano en libertad.

-Los convenios con el tercer sector o asociados a campañas puntuales operan de modo excepcional. Si bien la oferta de servicios es variada, no es transversal y al parecer sólo funciona en la medida, que las unidades son capaces de establecer vínculos, con aliados locales presentes en los territorios. En tal sentido, la oferta del servicio es emergente, depende de la voluntad y la capacidad de gestión de los implicados y, por tanto, no es exigible ni trazable.

De esta manera, resulta evidente que la implementación de las medidas asociadas al convenio queda a la deriva, y sólo son implementadas dependiendo de la voluntad de los actores políticos involucrados, la que, en general, sólo se activa si los destinatarios de la política, ejercen presión ante la autoridad.

En este escenario, se da la “tormenta perfecta” para la inacción: convenios laxos, inexistencia de instrumentos de gestión asociados, que de alguna forma presionen a la autoridad para que responda, ninguna sanción asociada al incumplimiento de lo que el convenio señala, nula capacidad de presión de las personas privadas de libertad, para ejercer su derecho, en tanto no tienen consciencia de ser sujetos de derechos.

#### 6.4.- ROL/FUNCIONES DE LOS ACTORES VINCULADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

El Estado y su sistema weberiano garantizan que los actores encargados de la implementación de políticas públicas, cuenten con espacios reducidos para desplegar su iniciativa personal e ir más allá de aquello que los procedimientos señalan. Sin perjuicio de lo anterior, las creencias y significaciones de dichos actores movilizan, enlentecen, agilizan o mejoran las acciones que permiten entregar valor público a la gestión.

La Nueva Gestión Pública, sitúa a los funcionarios públicos como agentes privilegiados para verificar, en una realidad que es dinámica, en qué medida se está respondiendo a las necesidades de los ciudadanos. Este protagonismo, en la administración del poder, pasa necesariamente por la significación del rol propio en ejercicio de la función.

Los actores entrevistados, al momento de hablar de su rol, lo vinculan directamente con la función que cumplen en las instituciones en las cuales están ubicados, interpelando, incluso la potestad de dicha función. Se reconocen funciones vinculadas a:

- La formulación de la política pública:

*“el ministerio de justicia, que ellos tienen un rol político y de ir viendo la formulación de las políticas de justicia... como, por ejemplo, en este minuto, el ministerio de justicia está liderando el convenio que se llama, modelo de gestión de la salud penitenciaria en Chile”.*  
(APN2)

*“...ministerio de justicia tiene que normar... se supone que el ministerio de justicia tiene que regularizar en torno a lo penal, establecer las bases para que el interno, una vez que ingrese, se les establezcan cuáles son sus normativas en torno a...tú tienes derecho a la salud,...pero bajo estos parámetros, eso le compete...”*  
(AOL5).

- La coordinación, articulación y vocería de cada una de las instituciones:

*“el cargo de la Gobernación implica la coordinación de los servicios públicos y así lo hacemos, lo hacemos en relación con la SEREMI*

*de justicia y con la Dirección Regional de Gendarmería, también a nivel local tenemos mucha coordinación, pero yo te aseguro...no tengo certeza de que en la agenda que hemos realizado en distintos aspectos, nunca ha aparecido el tema de salud,...es también el rol de vocería, o sea, de visibilización” (AOL1)*

*“...en la Subsecretaría de Redes, estamos preocupados de mejorar la articulación en la atención de salud y la acciones preventivas en la población privada de libertad, o sea, nuestro sueño es contar con convenio en cada una de las comuna que tiene cárceles, con el hospital que corresponda, con la APS que corresponda, de ir mejorando esa relación de articulación, entendiendo que aquí tenemos un sistema mixto de salud penitenciaria, mixto porque gendarmería no puede asumir solo, parte de esa acciones son de la red y el... y el nodo de comunicaciones es el que estamos mejorando”.*

- La regulación, supervisión y fiscalización:

*“la Superintendencia tiene que regular en el fondo, el cumplimiento de las atenciones y toda la historia” (APN3).*

*“...el poder judicial, también va a ver a los presos para ver cómo están sus condiciones, la Corte de Apelaciones de Valparaíso tiene una de sus funciones supervisar...pero en realidad, el número de visitas al año, que será, cinco, no sé, por decirte un número, es muy marginal frente a lo que efectivamente se necesita...”. (AOR3)*

*“...como Seremia de Salud Pública, tenemos un rol fiscalizador, y ese rol fiscalizador, si bien es cierto no permite intervenir, el deber ser nuestro debiera establecer exigencias respecto de ciertos*

*estándares mínimos en el ámbito de la infraestructura sanitaria, de saneamiento básico, de alimentación y de salud alimentaria, considerando sólo esos aspectos, la verdad es que cuando lo hemos hecho, o hemos intentado hacer esa labor, nos encontramos con que la realidad está muy por debajo de esos niveles mínimos, y por consideraciones de tipo presupuestaria, por lo general, gendarmería nos responde que ellos no tienen ni una posibilidad por ejemplo, de tener un casino al interior de las cárceles, lo que es absolutamente reñido con la legalidad, pero no se puede implementar por una cuestión de, yo diría un tanto presupuestaria”. (AOR1)*

*“la Superintendencia de Salud tiene la función de fiscalizar a los seguros, fiscalizar a los prestadores, en la medida en que estén acreditados, pero el espacio de fiscalización, no estaba diseñado para meternos en las cárceles, porque las cárceles no son establecimientos de salud, ni son seguros de salud, y es difícil de relevar el problema del acceso a salud de la población privada de libertad” (APN5)*

Cabe señalar que en la medida que los actores se posicionan en su rol y narran las funciones de las instituciones, comienzan a dar visibilidad a la dispersión normativa a la que se enfrentan en el quehacer cotidiano.

*“...la Subsecretaria de Salud Pública, tiene a cargo la acción fundamental que se definió en su plan de trabajo que es la elaboración de un cuerpo unificado de estándares de requisito de autorización sanitaria aplicables a las cárceles, porque hoy día hay una dispersión normativa tanto en lo que es atención propiamente tal, porque ahí está todo el tema de las normas técnicas básicas, las autorizaciones sanitarias, que es uno de los requisitos de calidad, que está en la reforma y en el GES, pero, también, en el tema de*

*alimentos, baño, alcantarillado, hogar colectivo, por el tema del hacinamiento (APN2).*

*“Bueno el lineamiento era saber cómo lo estamos haciendo, cual es nuestra relación con gendarmería, en cada una de las regiones, en cada uno de los servicios de salud, entonces, se hizo una encuesta,..., y a lo que llegamos es a la conclusión de lo que te estoy diciendo, se atiende, se hace, pero en general no existen protocolos de coordinación, ni hay convenios locales”. (APN2)*

*“nosotros tenemos la ley de salud ¿Cierto? Que es para todo el país, en cambio uno mira el Reglamento Orgánico de Gendarmería, que tiene un estatus jurídico más bajo que una ley y ese instrumento dice que la salud de las personas privadas de libertad, están a cargo de Gendarmería de Chile”. (APN2)*

Por otro lado, de acuerdo al “Reglamento de Establecimientos Penitenciarios” el personal de Gendarmería debe cumplir funciones ligadas a vigilar, controlar y reinsertar. Desde esta posición, es esperable que el perfil del gendarme cumpla con estas competencias, lo cual es validado por el imaginario social, pese a que los organismos internacionales han recomendado desmilitarizar los servicios penitenciarios.

*“...como gendarme, que su misión y su labor, si bien es cierto, está abocada principalmente a seguridad...cuando uno ya tiene ciertos años de experiencia en la carrera, recién vienes como, entre comillas a humanizar su visión de alguna forma, de no ser tan estructurado.....yo creo que muchas veces, al funcionario de gendarmería, al funcionario uniformado se le busca como una*

*herramienta de trabajo, como un robot mecanizado que debe cumplir su labor y para eso está pagado”(AOL5).*

*“Las recomendaciones internacionales hablan de desmilitarizar los servicios penitenciarios y nosotros, incluso la Michelle Bachelet le dio el grado de coroneles a los funcionarios, con las mejoras económicas impactantes, no importantes, impactantes y dime tú, sirve para la reinserción, tener gente con grado militares?”(APN4).*

En tanto, la implementación de un sistema de salud, obliga a hacer converger esfuerzos mancomunados del Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia, comprender qué grado de responsabilidad en el proceso le atribuyen los funcionarios de salud, permite ilustrar disposiciones institucionales al respecto.

La pregunta es entonces, ¿qué dificultades encuentran los actores implicados para poder implementar un sistema integrado que garantice que las personas de libertad puedan ser respetadas como ciudadanos?

A continuación, se colocan a disposición relatos complementarios que permiten nutrir el juicio, que se puede hacer respecto a la interacción interinstitucional, que establecen a la luz de una implementación de la política de salud carcelaria.

*“Soy encargada de los indultos humanitarios en los enfermos terminales, qué significa eso, que me tienen que reportar de todas las regiones del país, los enfermos terminales. Está bien definido lo que es terminal...y nosotros hacemos lo trámites...juntamos los papeles y yo empiezo a llamar, firmó el ministro? Eternamente, o se mueren esperando la respuesta, o le dicen que no, o le dan. Se dan muy pocos indultos humanitarios” (AOR3).*

*“Esta unidad ha tenido una rotativa de muchas jefaturas y yo creo que poca claridad respecto de su rol...”. (APN4)*

A la luz de estas citas, podemos evidenciar que la salud carcelaria es lo que, en políticas públicas se le denomina un “no tema”, es la omisión pública, la necesidad que no escala a la agenda política, lo que no desvela al ejecutivo, la falla que no alborota, que no pone en encrucijada alguna, a quien ejerce el poder.

La historia cercana nos señala, que sólo un evento de gran envergadura ante la opinión pública, puede desplazar la realidad carcelaria desde el “no tema” a la agenda pública. Ejemplo de ello, es el incendio en la cárcel de San Miguel y todas las medidas que se implementaron después del hecho, para la prevención de incendios.

#### 6.5.-PRESUPUESTO DISPONIBLE

La Constitución de Chile señala, explícitamente, que los ciudadanos tienen derecho a acceder a la salud, sin embargo Chile tiene una de las tasas más altas de desigualdad de los países de la OCDE, y, por ende, los quintiles más pobres tienen acceso reducido a los servicios de salud.

*“Tenemos un presupuesto histórico, ni siquiera tenemos un presupuesto per cápita y somos un centro de salud familiar, dependiente del Servicio de Salud” (AOL3).*

La mayor parte de las personas privadas de libertad pertenecen a los quintiles más pobres, ya que provienen de los bolsones de pobreza y exclusión, a los que han sido marginadas las familias de menores recursos económicos. Esta pobreza se agudiza tras las rejas, y el acceso a la salud enfrenta diferentes dificultades, al tener que articular glosas presupuestarias precarias.

*“Gendarmería debe tener su unidad de salud y que sean capaces de implementar ¡digamos!... el cumplimiento de normas...lo que sucede hoy en día es que gendarmería con recursos muy escasos, de todo tipo mantiene, cierto, elementos básicos para sostener un sistema que está muy complicado”. (AOR1)*

Según lo declarado, por uno de los actores, el presupuesto asignado para el Departamento de Salud, disponible para el 2018 fue el siguiente:

**Tabla N°3: Presupuesto Asignado al Departamento de Salud.2018**

	SALUD PENITENCIARIA	SALUD DE LOS FUNCIONARIOS	TOTAL
SUBTITULO 21 <b>Comisiones de Servicio en el País</b>		\$ 2.000.000	<b>\$ 2.000.000</b>
SUBTITULO 22 <b>Bienes de uso y consumo</b>	\$ 1.327.801.693	\$ 153.966.384	<b>\$ 1.481.768.077</b>
SUBTITULO 29 <b>Adquisición de equipamiento médico y dental</b>	\$ 123.414.200	\$ 12.205.800	<b>\$ 135.620.000</b>
<b>TOTAL ASIGNADO AL DEPARTAMENTO DE SALUD</b>			<b>\$ 1.619.388.077</b>

Fuente: Cuenta Pública Departamento de Salud. Gendarmería de Chile.

A todas luces, este presupuesto pareciera no cumplir con el listado de brechas por saldar.

Los distintos actores reconocen que las dificultades que se enfrentan en el ámbito de salud, no son sólo por la escasez de recursos, pues la burocracia, también se transforma en una barrera que entorpece la entrega de servicios.



*“Compramos los medicamentos, la químico farmacéutico hace la licitación, la tiene lista en noviembre, diciembre, para tirarla el primero de enero, cuando salgan los fondos, para que las tengan y sale en marzo, abril, entonces, tenemos un desfase importante burocrático, que no tiene que ver con... con nuestra área, pero si tiene que ver con nuestro aparato, digamos, administrativo y el aparato de gobierno, que tiene que ver con un cumplimiento del aparato de gobierno y que claramente tiene sus por qué, pero finalmente, claramente entorpece muchas de las labores eficientes y efectivas que pudiésemos dar”. (ARO2)*

También se señala que el presupuesto de gendarmería no necesariamente está destinado a cubrir las necesidades de la población penal, pues parte importante de esos recursos están destinados a cubrir temas de seguridad, quedando postergado el cumplimiento de estándares internacionales, que versan sobre la posibilidad de cursar una vida digna en dichos contextos.

*“En seguridad está el presupuesto, o sea, el derecho humano es parte de otra área, pero aquí la plata se gasta en seguridad, esa es la plata que se gasta y yo creo que gran parte de esa plata que se gasta en seguridad, deben ser los sueldos de los funcionarios, porque así como... porque el Estado está gastando directamente en mejorar las cárceles, no lo hace, porque las cárceles se concesionaron hace años y no se han construido cárceles públicas más”. (APN4)*

Las necesidades de las distintas reparticiones, concursan a nivel nacional, para ser financiadas y, como en todos los concursos, a veces se pierde, a veces se gana. Es algo así como implementar políticas públicas con una tómbola.

*“Lo que nunca recibimos más, es para equipamiento, para inversiones... tu postulas a un proyecto a principio de año y si tú proyecto es bueno, te lo autorizan, afortunadamente, gracias a dios, todos los años presentamos buenos proyectos y todos los años nos autorizan, pero no hay un fondo que tú puedas decir “ya, en el año me dan diez millones”,... tienes que participar de concursos para ver si... claro, un año por ejemplo, no sé, postulamos, necesitábamos una máquina de rayos nuevas, porque la de nosotros tenía quince años y estaba pero, fallaba todos los días, entonces, postulamos y ya... salió treinta millones de peso la máquina de rayos, pero en el mes siguiente no tuvo ni uno”. (ARO2)*

“Al departamento de salud se le asigna, o no sé si ellos también presentan un proyecto allá, o levantan un proyecto o el área de salud tiene un fondo veintinueve, ítem veintinueve de equipamiento médico y dental y que puede decirte, ponte que sea unos ciento cincuenta millones de pesos y todos los coordinadores de regiones postulan a esos ciento cincuenta y allá en Santiago se hace un análisis y se da a esto, a este si o no... para este año le vamos a dar mucho más a este...” (ARO1)

En este marco es necesario retomar, los alcances del último convenio firmado el que fue relatado previamente, y que, en virtud de lo que se declara, se puede precisar que no importa disposición presupuestaria para su desarrollo.

## 6.6.-INSTITUCIONALIDAD VINCULANTE

Como fue descrito en los antecedentes, en Chile, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos es la Secretaría de Estado encargada, esencialmente, de relacionar al Poder Ejecutivo con el Poder Judicial, de fomentar y promocionar los derechos humanos y de ejecutar las acciones que la ley y el Presidente de la República le encomienden. Desde las narrativas de los actores, es reconocido como

el ente rector de las acciones que realiza el Servicio de Gendarmería, que en tanto público tiene como finalidad, en su hacer *“atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que les señala la ley”* (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2010).

Desde este marco de responsabilidad, el Reglamento de Gendarmería de Chile, señala que la administración penitenciaria debe velar por la vida, integridad y salud de las personas privadas de libertad, permitiendo el ejercicio de sus derechos. Así mismo en la Ley Orgánica Constitucional de Gendarmería, se estipula que el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública debe prestar atención gratuita a las personas privadas de libertad que se encuentran bajo la custodia de Gendarmería, sin perjuicio de la atención que puedan prestar los Centros Médicos de Gendarmería.

Es así, como se evidencia en el discurso de los actores una vinculación directa entre el Ministerio de Salud y de Justicia, en donde Gendarmería de Chile queda en la intersección de la Política.

Ahora bien, el organigrama de Gendarmería de Chile, que reconocen los actores ubica cinco campos de acción: (1) la Subdirección de Administración y finanzas, (2) la Subdirección Técnica, (3) la subdirección operativa, (4) la Escuela Institucional y (5) las Direcciones Regionales. Y, en el primero de ellos, se da cuenta de la existencia del Departamento de Salud, el que *“tiene como objetivo administrar y coordinar los recursos destinados a otorgar prestaciones de salud a las personas privadas de libertad y al personal de servicio, de conformidad a lo establecido en la ley orgánica de Gendarmería y en la normativa aplicable”*(Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile, 2010).

Este departamento cuenta con una organización interna, que da curso a cuatro subdepartamentos: Subdepartamento de Salud de los funcionarios,

Subdepartamento de Salud Pública, Subdepartamento de Redes de Salud Asistencial y la Comisión Médica Local.

En cuanto a la administración de la Salud Penitenciaria destinada a las personas privadas de libertad, se constata que bajo su administración, el departamento tiene 85 dispositivos de salud, presentes en las cárceles públicas y 8, en las cárceles concesionados.

De los primeros, se da cuenta que sólo el 49% de ellos se encuentran con autorización sanitaria vigente, el 15% en trámite y el 33% no están autorizados.

A nivel nacional se cuenta con 2 Hospitales Penales, uno ubicado en el Centro de Detención Preventiva Santiago Sur en la Región Metropolitana y el segundo, en el Complejo Penitenciario de Valparaíso en la Región de Valparaíso.

En cuanto al número de profesionales de salud que trabajan en este departamento los actores dan cuenta de los siguientes datos:

**Tabla N°4**  
**Recurso Humano del Área de Salud.**  
**Gendarmería de Chile.2018**

<b>EXPRESADO EN HORAS LEY 15.076</b>	
MÉDICOS	<b>565,9</b>
ODONTÓLOGOS	<b>944,5</b>
QUÍMICOS FARMACÉUTICOS	<b>264</b>
<b>EXPRESADO EN N° DE PERSONAS</b>	
ENFERMEROS	<b>27</b>
MATRONAS	<b>7</b>
KINESIÓLOGOS	<b>11</b>
TÉCNICOS PARAMÉDICOS	<b>220</b>

Fuente: Cuenta Pública Departamento de Salud. Gendarmería de Chile.

En el marco de lo anterior, los actores, reconocen la labor de los profesionales de salud que trabajan en las cárceles, de la misma forma declaran la escasez de

profesionales y las diferencias en los sueldos con aquel profesional que no trabaja vinculado al sistema penitenciario.

*“...yo creo que hemos avanzado mucho en el sentido de que, lo básico asistencial está siendo cubierto, los equipos de salud que trabajan dentro de gendarmería tienen un tremendo compromiso, pero hay una limitante de los recursos ¿Ya? Por ejemplo, un puro ejemplo, la disponibilidad de horas médicas, al interior de gendarmería de Chile, hoy día es bajísima” (APN2).*

*“En el marco económico de Chile, el médico que va a las cárceles es casi por amor al arte, así lo expresan o así lo expresó, al menos en el estudio que yo...” (APN1).*

#### 6.7.- CONVENIOS VISIBILIZADOS POR LOS ACTORES

Desde las entrevistas realizada a los referentes del Departamento de Salud de Gendarmería, se da cuenta de un marco de convenios, efectuados con Instituciones de Educación Superior, lo que ha favorecido la realización de prácticas de alumnos, capacitación a funcionarios y aumento en la cobertura de la atención de las personas privadas de libertad, en las distintas unidades en donde se han ejecutado estos convenios.

Al año 2018, los actores dan cuenta de una serie convenios, los que se concentran en la Región Metropolitana y son referidos en la cuenta pública de Gendarmería.(Ver cuadro N°4)

#### Cuadro N°4

##### Convenios de Colaboración con Instituciones de Educación Superior. 2018.

Convenios firmados	Región	Situación Actual
Universidad de Santiago	Metropolitana	Vigente
Universidad Internacional SEK	Metropolitana	Vigente
Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez	Metropolitana	Vigente
Universidad del Desarrollo Facultad de Odontología	Metropolitana	Vigente
Universidad de La República	Nacional	Vigente
Universidad del Desarrollo Tecnología Médica	Metropolitana	Vigente
Universidad Bernardo O'Higgins	Metropolitana	Vigente
Universidad del Desarrollo Nutrición	Metropolitana	Vigente
Universidad Mayor Facultad de Medicina Veterinaria	Metropolitana	Vigente
Escuela de Salud Pública U. de Chile	Nacional	En trámite

Fuente: Fuente: Cuenta Pública Departamento de Salud. Gendarmería de Chile.

Los actores reconocen y valoran el camino avanzado en esta vinculación institucional, sugiriendo propiciar un trabajo colaborativo lo que permitirá sumar a otras instituciones. Se visibiliza, además un número importante de carreras de la salud presentes en el quehacer del departamento de salud, entre ellas: medicina, tecnología médica, medicina veterinaria, odontología, psicología, kinesiología, enfermería, obstetricia y puericultura y nutrición y dietética, entre otras.

*“Yo creo que también, que quienes ya lo han hecho son las universidades, la academia, o sea, gendarmería, el hospital penal, se está transformando, casi en un hospital. Hospital clínico y hay hartos profesionales, kinesiología, etcétera, que están haciendo su práctica. y después quieren, incluso, trabajar ahí, entonces eso también, yo creo que es una... un aspecto importante para visibilizar el sistema de salud que hay dentro de las cárceles”.*

(APN1)

Por otro lado, los actores políticos reconocen un avance en el trabajo intersectorial a partir del primer convenio marco de colaboración emitido entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia en el año 2012, luego se reconoce que en el año 2014, se reactivó un trabajo intersectorial.

*“...fines del dos mil catorce, me ha correspondido formar parte de un equipo que ha trabajado en las relaciones intersectorial, entre el Ministerio de salud, Ministerio de justicia y Gendarmería de Chile, en la línea de abordar áreas de mejora en la salud penitenciaria. La Ministra de Salud le pidió al Ministro de Justicia que se conformara un grupo de trabajo intersectorial, donde se pudiese revisar el marco de trabajo conjunto y bueno, ese fue el punto de partida de...ahí se constituyó una comisión inter... interministerial, con la participación de FONASA, ambas subsecretarias, salud y redes, gabinete de la ministra de salud y del ministerio de justicia y de gendarmería”.*  
(APN2)

A partir de esa fecha, se conformaron tres comisiones para levantar un diagnóstico y propuestas de mejora en el ámbito de acción de salud. Las comisiones se distribuyeron de la siguiente manera: (1) Comisión normativa y jurídica, (2) comisión referida a las condiciones sanitarias, (3) comisión del modelo asistencial para mejorar la atención de salud.

*“Desde ahí se decidió la conformación de tres comisiones, en tres áreas, uno la comisión normativa o jurídica, una comisión que abordó las condiciones sanitarias en las cárceles, o sea todo lo que ...condiciones de las cocinas, de los baños, saneamientos básicos, disposición de basura, el tema de plagas, etcétera... la otra comisión fue la de, modelo asistencial, eso lo coordinamos desde la*

*subsecretaría de redes asistenciales y la tercera comisión, que era la normativa, la coordinó el gabinete de la ministra”. (APN2)*

El trabajo señalado anteriormente, permitió que en el año 2016 se reactivará el convenio de colaboración firmado el 2012, en donde se sumó la participación de otras dos instituciones como son la Superintendencia de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este convenio reconoce la importancia y necesidad de fortalecer el desarrollo de políticas intersectoriales que propendan a garantizar el ejercicio del Derecho a la Protección de la Salud.

Cabe destacar, que en la nueva figura del convenio firmado el 2016, FONASA, se reconoce como una institución medular en el plan de mejora ideado para garantizar la atención de salud de las personas privadas de libertad, puesto que se evidencia una brecha en cuanto a la gestión y vinculación de FONASA con el sistema penitenciario, pues pareciera ser que el procedimiento para la per capitación de las personas, es un campo que no ha sido debidamente estructurado y ello, delimita e instala brechas, para el acceso a la atención en salud en la red pública.

*“FONASA, porque tienen un papel importante en el tema sanitario y por otro lado, porque la... más del noventa, alrededor del noventa por ciento de nuestra población es FONASA tipo A...” (APN2).*

*“FONASA eh... en algún momento tuve la impresión de que FONASA había tomado el tema de salud carcelaria, pero no...no recuerdo haber escuchado que fuera un tema...” (APN5).*

*“FONASA, habló conmigo, me dijo “queremos hacer un per cápita nacional” le mandé el listado de toda la población penal, con todos los RUT y la ubicación y al hacer el cruce, se dieron cuenta que más del ochenta por ciento si están inscritos en FONASA, pero en lugares distintos del lugar de reclusión y volver a hacer eso, es una*



*locura, no terminas nunca, ¿Me entiendes o no? Pero igual están siendo atendidos”. (APN3)*

Por otro lado, los actores regionales, si bien reconocen el convenio precisado anteriormente, hacen un cuestionamiento a su alcance territorial, evidenciando nudos críticos en la gestión de acciones paralelas que han propendido a fortalecer acciones en Salud.

*“existe un convenio que es de carácter nacional...habría que ver como se podría implementar eso y eso hay que forzarlo muchas veces... es un poco como funciona la mesa intersectorial de VIH, la verdad es que tienen que haber voluntades... esa mesa funciona, opera, desarrolla planes, actividades, iniciativas, está todo el año presente, logra articular los recursos centralizados, porque son actores concretos locales de usuarios, de funcionarios, en fin, que se articulan y operan. Un convenio de esa naturaleza tiene que reunir esa voluntad a nivel territorial y local”. (AOR1)*

Vinculado a este trabajo, se reconoce por parte de los actores políticos representantes del Ministerio de Justicia y Salud, el desarrollo de un Proyecto anclado al Ministerio de Justicia y en vinculación, con EURO social, que es un *“programa financiado por la Unión Europea que promueve la cooperación euro-latinoamericana para la mejora de los niveles de la cohesión social en los países latinoamericanos, así como al fortalecimiento institucional, mediante el apoyo a sus procesos de diseño, reforma e implementación de políticas públicas”*(«Mejorando la atención sanitaria para la población privada de libertad en Chile», s. f.).

El proyecto se concentró en aportar, con lineamientos para la elaboración de un nuevo modelo de gestión de la atención en la salud, a personas privadas de libertad. Se realizó una asistencia técnica y una visita a España e Italia en el 2018, por parte de los actores involucrados (representantes del Ministerio de Salud, Ministerio de

Justicia y Gendarmería de Chile) para conocer diferentes modelos europeos y luego en el mismo año, se realizó un taller con los actores involucrados con el objetivo de avanzar en el diseño concreto del nuevo modelo.

*“El proyecto euro social, trata de una asesoría experta, de parte de personas de España y de Europa en general, destinados a tener un diagnóstico de la situación de la salud penitenciaria en general y a generar o rediseñar un nuevo modelo de gestión de atención” (APN1).*

*“...surgió una propuesta del ministerio de justicia que elaboró un proyecto de colaboración con la Unión Europea, ¿Cierto?... de intercambio, porque uno de los sistemas de salud más modernos o mejores del mundo que hay, es el de España”(APN2).*

Por otro lado, los actores políticos nacionales dan cuenta a través de sus relatos, del abanico de instituciones que se vinculan con Gendarmería de Chile, reconociendo los aportes de distintos servicios, tales como: el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Servicio de Jardín infantil y salas cuna-INTEGRA, Servicios de Salud, Municipios, Iglesias (Evangélicas y católicas), universidades, lo que concuerda con la información entregada en las cuentas públicas de Gendarmería.

*“...todas las ONG’s que trabajan el tema del VIH, Vio Positivo, la Fundación Savia, también, nosotros tenemos relación con SENDA mucha y muchas universidades”. (APN3)*

A nivel de los actores regionales se reconoce y refuerza la vinculación desde Gendarmería con las ONGs, centros de salud (Centros de Salud Familiar y Centros de Salud Mental), universidades y municipalidades.

*“las instituciones educativas, como universidades, institutos, tenemos diferentes ONGs, que trabajan con la parte sanitaria en las diferentes unidades de la región, las mismas municipalidades, las corporaciones municipales para el desarrollo social, a través de sus CESFAM”. (ARO2)*

Y a nivel local, por parte de los distintos actores se reconoce, en primer lugar, la vinculación en el ámbito de Salud con el Servicio de Salud Aconcagua, al que son vinculantes territorialmente las dos cárceles del Valle de Aconcagua (CCP San Felipe y CCP Los Andes) y los centros de salud familiar, dispuestos en el territorio cercano a estos contextos, así como, también, la oficina local de Fonasa y el SENDA.

*“el municipio y el CESFAM. Por ejemplo, FONASA. SENDA, el COSAM de Los Andes”. (AOL4)*

*“el CESFAM San Felipe del Real, que es el que está inmediatamente, o que nosotros estamos en su jurisdicción de actuar, donde nos están proporcionando profesionales al interior de la unidad, médicos y odontólogos, el Departamento de Salud Municipal nos está proporcionando nutricionistas, nos está proporcionando matronas...la matrona ve temas de enfermedad de transmisión sexual, que evidentemente también afecta a la población masculina, ve temas relacionados con las funcionarias”. (AOL5)*

Desde el Municipio de San Felipe, se reconoce una vinculación desde la mesa de promoción de la salud instancia dependiente de la Dirección de Salud Municipal, con Gendarmería de Chile, a través de la cárcel de San Felipe.

*“...a la mesa de promoción comunal, va la asistente social de la cárcel y ella en algún minuto presento las necesidades de los*

*internos...la idea es que esas presentaciones se compartan de manera de poder abordar por ejemplo, actividades de promoción de tabaquismo por ejemplo... nosotros somos parte del Servicio de salud entonces en ese sentido nosotros hemos abordado este tema pero no hay un referente técnico, si esa es la pregunta, porque nosotros trabajamos con referente técnico respecto de población penitenciaria . (AOL3)*

Cabe destacar, que si bien se visibiliza la vinculación dispuesta por los instrumentos normativos, se manifiesta por parte de los distintos actores una distancia real con el tema de salud, reconociendo acciones esporádicas y que no dan cuenta de una planificación y estrategia de abordaje priorizado.

Por otro lado, la Gobernación reconoce una estrecha vinculación con Gendarmería, en donde se ha propiciado un trabajo mancomunado con la Seremia de Justicia y trabajo con el Centro de educación y trabajo presente en el territorio. Se mencionan las empresas, como un campo de desarrollo para el tema laboral y, algunos programas como el instituto de desarrollo agropecuario (INDAP), Fundación para la promoción del desarrollo de la mujer (PRODEMU), el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), el Programa jefas de hogar y el servicio de cooperación técnica (SERCOTEC), el que promueve el desarrollo de las microempresas.

*“...he ido varias veces por el tema de la lectura a la cárcel de San Felipe y al CET de Putaendo, porque yo he hablado con los presos y veo que ahí, ese es un espacio de sanidad mental increíble”(AOL1).*

*“Yo me recuerdo el trabajo con SENDA, el trabajo con el SERNAM, que el SERNAM salió de acá positivamente sorprendido...” (AOL5).*

## 6.8.- PRÁCTICAS Y ACCIONES SANITARIAS RECONOCIDAS POR LOS ACTORES POLÍTICOS Y OPERATIVOS.

Las narrativas de los actores ponen en evidencia un número interesante de prácticas y acciones sanitarias, producto de los convenios mencionados, anteriormente, que han tenido lugar en los contextos carcelarios, como, por ejemplo: operativos y charlas sobre salud dental, prevención del VIH, aplicación del PAP, oftalmología, salud mental, tuberculosis, inmunización, hepatitis, lactancia, parotiditis, trastornos ansiosos, consumo de sustancias, hipertensión, diabetes, prevención de suicidio, control ginecológico, salud sexual, entre otros.

De acuerdo a sus propios relatos, estas iniciativas han sido posible, gracias a la coordinación entre Gendarmería y el Ministerio de salud y/o instituciones como, por ejemplo, municipios y universidades.

En un intento de categorizar estas actividades, podemos sostener que algunas se encuadran dentro del enfoque promocional de la salud:

“Se han realizado actividades de promoción de prevención de VIH, que ha estado a cargo de la Unidad de la mujer”. (AOL 3).

“...Se hizo un convenio con la USACH (Universidad de Santiago de Chile)...que el área de salud lo trabaja, porque sé que estaban yendo incluso a hacer clases las chiquillas, traían psicólogos para acá” (APN4)

“el tema de pueblos originarios, pueblos migrantes, estamos trabajando en mesas con migrantes, pero nosotros vamos para allá y les dijimos: oye sabes que queremos instalar botiquines interculturales a nivel nacional, tenemos población aymara, quechua, mapuche y ellos tienen derecho por norma internacional además, a ejercer sus cultura y su salud con pertenencia cultural. Entonces,

estamos haciendo un trabajo bien interesante con ellos y yo creo que nos va a ir bien” (APN3)

Y en segundo lugar, con un mayor desarrollo y preponderancia, se han realizado actividades de carácter preventivo, que se configuran de acuerdo a las contingencias que se presentan.

*“Muchas veces hay brotes de enfermedades complejas, hemos tenido parotiditis, hemos tenido sarna... de hecho los penales son uno de los principales focos de la tuberculosis, por ejemplo, que es una de las enfermedades más complejas que existen y en ese sentido, el Ministerio de Salud nos genera un soporte continuo a través de la SEREMI, o sea nosotros tenemos comunicación directa con SEREMI de Salud local, con la encargada del programa de inmunizaciones, nosotros somos objeto de campañas de vacunación todos los años. Ellos están atentos a los brotes, de alguna forma están ahí presentes”. (AOL5).*

“Logramos establecer y facilitar la instalación de un dispositivo, como un Consultorio de salud mental, en la cárcel de mujeres de San Joaquín, el CPF de San Joaquín, que es tener psiquiatra y psicólogo”. (APN1).

“Al menos sé que les fueron a hacer el Papanicolaou y a actualizar los exámenes de salud de las mujeres de la cárcel...exámenes preventivos del adulto y eso significa que a lo menos, identificamos personas que tienen enfermedades cardiovasculares”. (AOL2)

“...un convenio que se firmó en el servicio de salud Bío Bío con gendarmería y SENDA, para abordar los temas de consumo de

drogas y hacer un abordaje conjunto entre psiquiatría del hospital de Los Ángeles” (APN2).

“Hace también exámenes, por ejemplo, de TBC, o sea exámenes de muestras de baciloscopia, por brotes que han salido” (AOL3)

“El CESFAM Sor Teresa va a vacunar a los lactantes adentro, va a vacunar a las mujeres que están inscritas en el “Creciendo Juntos”. Les dan todos los beneficios. Parten las matronas en autito a buscar la leche”. (APN 3)

Sin desconocer la relevancia de estas iniciativas y lo necesarias que se tornan para la población privada de libertad, es menester detenerse en sus respectivos propósitos y alcances, puesto que se hace evidente la falta de una orgánica que dé sustento, continuidad y seguimiento a estas acciones. De esta manera, aparecen como acciones aisladas, en las que no se favorecen procesos de mayor concientización en las personas a quienes se beneficia.

## **SÉPTIMA PARADA: SIGNIFICACIONES DE LOS ACTORES POLÍTICOS, OPERATIVOS Y LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, RESPECTO A LA CÁRCEL, LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD Y LA POSIBILIDAD DE EJERCER EL DERECHO A LA SALUD EN EL CONTEXTO CARCELARIO.**

Para continuar en este recorrido, a continuación se presentan los hallazgos recapitulados en las entrevistas realizadas a los actores políticos y operativos y las narrativas dispuestas por las personas privadas de libertad en la técnica grupal desarrollada titulada “Círculos de reflexión sobre la Salud como Derecho Humano Fundamental”.

Se ha privilegiado, el acceso a narrativas desde el contexto, para colocar en diálogo los sentidos, las creencias, visiones y percepciones, dando un fuerte énfasis en la convergencia de las significaciones de los actores involucrados en la investigación.

### **7.1.- SIGNIFICACIÓN DE LA CÁRCEL COMO INSTITUCIÓN PÚBLICA**

*“La prisión crea y mantiene una sociedad de delincuentes, el medio, con sus reglas, su solidaridad, su marca moral de infamia. La existencia de esta minoría delictiva, lejos de ser la medida manifiesta de un fracaso, es muy importante para la estructura del poder de la clase dominante” (Foucault, 2015).*

La cárcel ha sido definida, como todo aquello que nos mantiene alejados del goce pleno de nuestra libertad, tal cual lo describimos en el marco teórico, en ella confluyen dimensiones importantes de análisis, como la dimensión política, económica e ideológica-cultural, lo que sin duda permite transparentar de mejor manera este espacio como un sub sistema social, en el cual la salud ha sido relegada y, por ende, vulnerada como derecho humano fundamental.

Los grandes teóricos, como Sykes y Foucault, referentes del análisis del mundo de la prisión nos han presentado un cuerpo argumentativo sobre su significado y, en esta oportunidad, le hemos dado voz a los actores vinculantes y vivientes de este



contexto, con el fin de tejer un campo de conocimiento que permita revisar el ejercicio del derecho a la salud.

A continuación se presentan las narrativas de los actores políticos, operativos y las personas privadas de libertad, ubicando las significaciones vinculadas a las dimensiones antes mencionadas:

En la significación de la cárcel desde la **dimensión política**, los actores la ubican como una institución del Estado, en la cual las personas que han infringido la ley deben cumplir sus penas.

*“...para mí la cárcel es un... en un término muy legal, es un lugar en el cual se cumple una condena, eso es la cárcel, es un mecanismo utilizado, históricamente por parte del Estado...es un lugar en el cual la gente ingresa, la sacas del sistema, con el objeto que no vuelva a delinquir y que como sociedad espera que esté mucho tiempo, pero todas las personas salen, eso fue lo que comentamos, la cárcel yo creo que es un lugar en el cual se cumple la condena, punto”.*  
(APN1)

Un espacio centrado en lo punitivo y en donde, la vulneración de derechos tiene cabida, a la luz de las relaciones de poder que se articulan entre los distintos actores que conviven en dicho espacio.

*“Yo creo que todavía estamos, implícitamente, en el vigilar y castigar, la gente se siente con mucho poder frente al interno, por eso le vulneran los DD.HH, civiles y uniformados se lo vulneran, entonces, estamos en el castigo, entonces, estamos muy lejos de un enfoque de derecho, entonces, como estamos lejos del enfoque de derecho, se siente suficiente cualquier prestación”* (APN4)

*“en el fondo las personas que por alguna razón decidimos que tienen que estar en la cárcel, las metemos en esos sucuchos hacinados, vulnerando sus derechos y salen peor, o sea, no cumple con el objetivo de rehabilitar”. (AOL2)*

*“hay que lograr romper la estructura mental de la sociedad de que es necesario castigar a los delincuentes y estos deben ir a una suerte de infierno, que esté privado de todo derecho y esa cuestión, esa construcción es compleja porque la sociedad afectada y maximizada, además, por los medios de comunicación en torno a esta perspectiva de que a los reos hay que encarcelarlos...incluso, un candidato presidencial dijo por ahí que había que restablecer la pena de muerte, entonces, esta sociedad castigadora que ve de esa forma la solución al problema de la delincuencia, que hay que encarcelar” (AOR1)*

En esta línea se reconoce la cárcel como una institución que es vinculante con la ansiada rehabilitación de los anormales, sin embargo, es cuestionada en su hacer y condiciones estructurales que la caracterizan, lo que dificulta las reales posibilidades de reinserción.

*“La cárcel es el espacio en donde se encierra a las personas que han cometido delitos, pero tengo una perspectiva de que la privación de libertad como sanción penal está extralimitada...es un espacio que no tiene condiciones adecuadas para la rehabilitación, esa es mi perspectiva de las cárceles, las cárceles son lugares donde llegan las personas para ser castigadas más allá de la privación de libertad y en donde no se generan por lo general, expectativas de rehabilitación”. (AOR1)*

*“la cárcel, se toma como una acción de castigo, pero no de restitución o de rehabilitación o de reformarte, reeducarte...es castigo, es la ley que se hace efectiva, te privo de libertad y te castigo y te vai pa adentro”(AOL6).*

*“La cárcel no, no, no rehabilita y la cárcel no es la que rehabilita, la rehabilitación tiene que empezar en la cárcel, pero tiene que continuar afuera, tú tienes que acompañar a esa persona a reinsertar, hay algunos que salieron y no sabían que había metro y no tienen plata, le pasamos plata para la micro, le explicamos que había metro y pero ¿a dónde se iba a ir?... mientras a esta sociedad no le importe, estamos mal, no tenemos mucho que hacer, la verdad, tratar de mantenerlo, pero si tienen derecho a dignidad, eso sí que para mí es incuestionable”(APN3).*

La cárcel es referida además como un “no tema”, en el marco de las políticas públicas, debido a la presión de la opinión pública, frente a los campos de acción que prioriza el Estado.

*“...las políticas públicas que tiene mayor énfasis, profundidad y reflexión son las que son bien vistas por la opinión pública , las que no son bien vistas por la opinión pública, son postergadas, estoy hablando de las cárceles, estoy hablando del tratamiento de la basura, estoy hablando de varias instalaciones, donde no hay una presión social con respecto a la inversión, es más, hoy día en la opinión pública se cuestiona lo que invierte el Estado en las personas encarceladas y si uno hace un plebiscito sobre aumentar lo que invierte el Estado en las personas encarceladas... mantener o disminuir va a ganar disminuir”(AOL1).*

*“la situación que hoy viven los presos no es distinta a la situación que viven los niños del Sename y entonces, si yo tengo que priorizar, voy a priorizar por los niños del Sename, no obstante, yo creo que el Estado tiene que garantizar el derecho a todas las personas”(AOL2).*

*“no hay un interés público en mejorar el ámbito penitenciario, o sea, la cárcel se ve como un espacio de castigo para los delincuentes y ojalá que este castigo sea lo más cruel posible,...tampoco se ha hecho una discusión pública, de cómo estamos enfrentando el tema penitenciario así, ni siquiera estoy pensando de lo que se comenta en los matinales, o sea, en donde se debiera discutir es en el congreso”(APN4).*

*“las personas, la sociedad, en el fondo, están esperando atenciones de salud a personas que no están privadas de libertad, por lo tanto, comunicacionalmente no es algo que sea particularmente atractivo para ninguna autoridad asumir...”(APN5)*

En el análisis de la **dimensión económica**, en el marco teórico los autores ya colocaban sobre la mesa los alcances que tienen las cárceles en esta materia, en donde, no sólo se evidencia la condición estructural de pobreza con la que llegan gran parte de las personas privadas de libertad, sino, también como, a partir del modelo económico imperante en Chile, las cárceles se han convertido en un asidero de ganancias, para el mundo privado.

*“la cárcel es parte de un sistema... de un sistema que es el Estado de... de... modulación de la sociedad, creo que... que se castiga a algunos de los que han cometido eh... delito, sin duda... pa mí, indudablemente la cárcel también tiene una mirada de clase, o sea, de... lo que llegan son los pobres fundamentalmente, hay grupos...”*

*clases sociales altas que tienen como eludir o como aminorar el efecto de la cárcel, entonces, es un instrumento fuerte de dominación. (APN2)*

*“la realidad penitenciaria, debela la fractura que tiene este país en términos macro-económicos, el que está inserto en una economía globalizada, que exportamos aquí, que exportamos allá, que tenemos internet, que etcétera, etcétera, pero, finalmente si uno empieza a ver la realidad penitenciaria tú empiezas a ver por ejemplo, la estadística, la mayoría son hombres jóvenes, entre veinte y treinta y cinco años, que tienen con suerte octavo básico, entonces tú dices “pero como, si la educación media es obligatoria”(APN4)*

En este marco se reconoce, la cárcel como parte de un sistema fallido, en donde, incluso las condiciones estructurales acrecientan los costos de su mantención, por lo que surge, también, la interrogante sobre quién lucra con esta institución pensada y formulada como un servicio público.

*“...las llaves estén rotas y que el agua corra y corra todo el día, entonces también nosotros nos encontramos con eso y si nosotros te presentáramos un presupuesto de lo que se gasta mensualmente en eso, yo creo que tú y yo nos iríamos de espalda... si tú vieras una cuenta de la luz, vieras una cuenta del agua de esta unidad penal, te irías de espalda...”. (AOL5)*

*“la cárcel como sistema realmente es una porquería, enferma, es caro, no tiene resultados y tiene pésimos de hecho, porque enferma a los que trabajan y a los que están presos. Realmente, este país debería conversar, realmente es un pésimo... y es carísimo y sin ningún impacto positivo, para nadie, bueno para alguien lo debe tener, porque por algo existen. O sea, claramente, las cosas no son*

*casuales, nada es casual en la vida, tiene que tener algo bueno para alguien, o si no, no estarían”. (APN4)*

*“la cárcel es una de las peores cosas que te pueden pasar en la vida, porque el sistema concesionado, hasta lo que yo entiendo, es un sistema que solo generó más gasto, construir cárceles más seguras sí, pero a un costo mayor de mantención de las personas privadas de libertad, entonces, además, la oferta es muy baja en relación a la cantidad de personas, debido a la demanda” (AOR3)*

Por otro lado, se insiste en la escasa posibilidad de significar la cárcel como un espacio sustentable, pues se requiere de recursos e inversiones, los que a la luz de la experiencia de los actores, el Estado no estaría dispuesto a propiciar.

*“pero en este tema, yo insisto, es un tema que en el fondo está en el punto ciego de la visión del Estado...por el rechazo... yo, doy una charla sobre lo que invierte el Estado en tema monetario en los presos de la provincia, y estoy seguro que saldrían voces, mayoritarias, para reducir los costos...”(AOL1).*

*“la reinserción social es un proceso que es caro, tienes que invertir recursos, pero a largo plazo, las setecientas lucas que vale mensualmente un interno en la cárcel podría disminuir si es que disminuyera la delincuencia”(APN1).*

Ahora bien, en la **dimensión ideológica-cultural**, se puede reconocer que los actores significan la “cárcel” como un elemento de la sociedad postergado, trazado por un sello de pobreza, vulneraciones, marginalidad y violencia.

*“La carcel es la ley de la selva, de soledad, de insalubridad, de hacinamiento, de abusos, de faltas de esperanzas...”(APN5).*

*“como país tenemos una cultura muy represiva, o sea yo todavía recuerdo cuando se quemó la cárcel el ocho de diciembre como hace cinco años atrás y hubo gente que dijo ”bien quemados están”(AOL2).*

*“...una situación de sombría, de soledad, de frío, las cárceles son intrínsecamente violentas...”(AOR3).*

*“...las cárceles pobreza, abandono y marginalidad”(APN3).*

Este imaginario refuerza los escritos etnográficos que se encuentran en la literatura sobre la cárcel, en donde toma lugar la mirada hegemónica de la sociedad sobre el sistema penitenciario, como la única forma viable para pagar por haber transgredido la ley.

*“... la cárcel es el reflejo de lo que ha hecho nuestra sociedad, donde la cantidad de internos y de personas cumpliendo penas de privación de libertad, no tiene nada que ver con la sensación de victimización de ahí afuera, por qué, porque nosotros como país pensamos que el único castigo real es la cárcel, te portas mal, es así como tenemos mujeres presas por problemas de pobreza, a mi juicio, en el microtráfico, son mujeres solas, con hijos”(APN3).*

Por otro lado, se reconocen condiciones estructurales que dan lugar al hacinamiento y, por ende, a la vulneración de derechos, lo que tiene su trazabilidad en las acciones de salud desarrolladas y en su concepción como derecho.

“La Carcel de San Felipe y Los Andes son espacios con administración del Estado a través de gendarmería, tienen serias dificultades de manejo sanitario, tiene dificultades en el ámbito de

sus servicios higiénicos, de hacinamiento, de la alimentación y de condiciones de seguridad, creo que no reúnen las condiciones mínimas que obligan los estándares sanitarios comparados y no cumplen por tanto, ahí hay una vulneración de derechos que va más allá de la sanción que los reos deban cumplir” (AOR1).

“...el hacinamiento, por ejemplo, es un elemento bien determinante al momento de abordar cualquier política que se quiera hacer en materia de salud penitenciaria” (APN1).

*“...la cárcel en sí misma, como modelo, como constructo social, físico y como cosa práctica, es absolutamente contraria a la salud, en todo el ámbito de definición de lo que puede ser la salud, o sea, acá el preso vive un atentado contra su salud”(APN4).*

Cabe destacar que los distintos actores en el desarrollo de sus narrativas posicionan propuestas de resignificación de los contextos carcelarios, verbalizando la necesidad de avanzar en planes de mejora estructurales en la infraestructura, condiciones de vida y vinculación familiar.

*“pensaría en una cárcel que efectivamente no exista hacinamiento, que cada reo tenga, al menos una cama, sería bueno que se chequeara eso ¡ah! Te lo digo por qué, porque yo fui hace un tiempo atrás, a ver a un amigo que estaba preso y fui como visita, las visitas también necesitan apoyo en salud mental, después del horror que significa, las vejaciones que te hacen para poder entrar, primero...”(AOR1).*

*“la cárcel no tiene porqu ser símbolo de tortura, no tiene porque ser hacinada, no tiene porque se sucia, no tiene porque ser alejada de la ciudad, esto es muy a título personal, no sé por qué no tienen*



*celulares, medios de comunicación, yo no tengo ningún problema con eso, yo encuentro que la justificación de que hacen estafas telefónicas con los celulares es bastante estúpida, porque yo puedo hacer desde acá una estafa telefónica, con mi celular...” (APN1).*

En este mismo marco, se refuerza la importancia de ubicar el contexto carcelario y sus habitantes como un territorio y comunidad en donde la vida digna se propicié, como línea base de la dignidad humana, declarada en gran parte de los documentos normativos vistos previamente.

*“tiene que ver con dignidad humana entonces, yo creo que estamos al debe, aquí todavía hay personas que piensan, que hay personas y humanoides en el concepto así como de gente que ha perdido la condición humana y entre eso digamos está la gente privada de libertad...tenemos que trabajar mucho en lo que es la dignidad humana” (AOL2).*

Los actores reconocen la necesidad de propiciar la tarea de la rehabilitación, como uno de los ejes principales del sistema penitenciario, lo que requiere de un trabajo colaborativo, con la red intersectorial, propiciando una vinculación con las distintas instituciones del Estado, ello favorecería de alguna forma la disposición del enfoque de derechos en su amplia cobertura.

*“...rol de las cárceles, creo que debería ser un espacio de reflexión y de rehabilitación, que deberían lograr que la persona tomara consciencia del daño que ocasionó a las personas y a la sociedad y por ende, no volver a repetirlo y/o bien, salir fortalecido y resuelto los temas que muchas veces lo llevaron a delinquir, esa es como mi mirada idealista” (AOL4).*

*“un convenio local, creo que puede mejorar mucho sin recursos adicionales, porque obliga a las partes y establece mecanismos claros de como tenemos que hacerlo, no la política de la buena onda que si el funcionario es buena onda, que conozco a la enfermera de gendarmería, no, porque así nos estamos manejando ahora, yo creo que cuando hablamos del enfoque de derechos humanos, eh... el tema de la exigibilidad, pasa porque esto se institucionalice, no porque hubo un funcionario que en el minuto tenía una buena disposición para... ¿Ya? Entonces, soy muy fanática de la institucionalización por esta vía” (APN2).*

Las personas privadas de libertad, significan la cárcel como un espacio reconocido a nivel social desde un imaginario negativo, vinculante a la concepción de los sujetos que allí cohabitan, categorizados como delincuentes y, por ende, necesariamente marginales de la sociedad, en donde la reinserción social se narra como una aspiración.

*“La cárcel para las personas es el infierno. Es algo marginal para la sociedad...” (Hombre, CCP San Felipe).*

"Lo que es" Es un lugar de almacenamiento de personas. La escuela delictual. "Lo que debiera ser" Un Centro de reinserción social. Un lugar digno de cumplimiento de una pena" (Mujer, CCP Los Andes).

En segundo lugar, se significa en relación a la vinculación entre la persona privada de libertad con el Estado, la que se circunscribe a lo que éste gasta en su mantención.

*“Una población marginada; decepción a la sociedad; soledad y olvido; delincuentes sin voz, ni voto; población cafiche del Estado” (Mujer, CCP San Felipe).*

Finalmente, las personas privadas de libertad hacen vinculante dichas significaciones, con la carencia material presente en sus vidas, previo al ingreso a la cárcel, determinando de esa manera la trayectoria de vida e, incluso, la posibilidad de abogar por su defensa al momento de la condena.

*“Para la justicia somos lo más bajo y ante la sociedad también, somos pobres ya que no podemos tener una defensa y más condenas malas; el 80% somos mal condenadas” (Hombre, CCP San Felipe).*

“Un recinto mal mirado, por el hecho de que para muchos aquí, no hay más que delincuencia; no miran que muchos de los que aquí estamos y hemos hecho lo malo, es por necesidad” (Mujer CCP Los Andes).

## 7.2.- SIGNIFICACIÓN DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD

Desde los contextos de vida cotidiana se reconoce que los medios de comunicación instalan a la persona privada de libertad como un sujeto detestable, que sólo castigo merece. Poco y nada se esfuerzan, estos mismos medios en tratar de dilucidar o poner en evidencia porque se llega a delinquir en presencia de condiciones estructurales de un sistema neoliberal. Omiten el historial de vulneraciones en la infancia, que han tenido gran parte de las personas privadas de libertad. El noticiero nunca muestra el catastro de fallas en que ha incurrido el Estado para determinar que, nos guste o no, convivamos con ciudadanos a los cuales durante gran parte de sus vidas se le cerraron todas las puertas y solo una se abrió: la de la cárcel.

*“... es un círculo vicioso incluso etario... porque los niños del SENAME dan vuelta para que después, diez años después sean los niños ya adultos en las cárceles, entonces, también hay un tema*

*mucho más complejo de evaluar y que también está asociado a cierta marginalidad y pobreza dura que no es fácil tampoco”(AOR1).*

Revisar la historia de vida de personas privadas de libertad en Chile, permite trazar con facilidad las huellas de un Estado indolente y una sociedad egoísta, ciega, sorda y muda frente a la vulneración de derechos de los sectores más rezagados en la vorágine de la promesa de desarrollo y bonanza en uno de los países con mayor ingreso per cápita de la región.

*“las cárceles concentran la población vulnerable de este país, lo más pobres, los que nunca consultaron los servicios de salud cuando están en libertad, esa es la gente que ingresa a cumplir pena...una población marginalmente postergada, desde todos los puntos, es una población que tiene una vulnerabilidad social enorme” (APN3).*

*“...una persona, con todo lo que eso conlleva, es una persona, guion, o slash, o... y la pobreza es multidimensional y multifactorial y de los pobres, son las personas, yo creo que tienen más temas con los vínculos, con los vínculos familiares, los primarios y después con el acceso a los bienes y servicios a la sociedad, pero tienen problemas, podrían decir los sociólogos, psicólogos, no cierto, la socialización” (APN3).*

*“el rostro más humano, de ver en qué condiciones, como viven, hacinados, ahí se va sistematizando el castigo, estas personas ya fueron castigadas, tal vez desde su inicio, pa llegar a ser lo que fueron y siguen siendo castigados...” (AOL6).*

*“...es que habían como dos tipos de personas, los que nunca pensaron que iban a caer, y aquellos por los cuales ir a la cárcel era perfectamente posible, atendido a su entorno... como dijo una vez*

*un amigo...mira hay sectores de Santiago, en que los niños se proyectan ir a la universidad, con naturalidad total y otros sectores de Santiago que los niños se proyectan ir a la cárcel con total naturalidad” (APN5).*

*“son víctimas de un sistema que no los acogió, de la circunstancia y yo creo que víctimas de una sociedad poco protectora, que en general, las familias con esto de que cada uno se rasguña con sus uñas, que la gente puede trabajar, no sé, doce horas del día y aun así le alcanza para vivir, para mantener a sus familias o sea, genera tal agotamiento que finalmente, muchos chicos quedan en la deriva y si uno no está lo suficientemente atento, los chiquillos toman malas decisiones”(AOL2).*

Los distintos actores, en sus narrativas, logran dinamizar relatos vinculantes a la significación de la persona privada de libertad, desde lo que se dice desde afuera, desde su propia convicción y, finalmente, logran proyectar la necesidad de su resignificación.

En esta convicción de lo que el mundo piensa sobre las personas privadas de libertad, los actores revelan significaciones vinculadas a: personas que cometieron un delito, y que, por sentencia de un tribunal, están pagando pena de cárcel y que, por ende, dependen del Estado. Seres inferiores que deben estar privados de sus derechos, monos encerrados en una jaula, locos y violentos, una población excluida, personas carentes de recursos y además como un grupo invisibilizado, con características especiales.

*“son personas que están pagando por un delito que cometieron, hay un sistema jurídico que establece que un delito se paga con privación de libertad, pero todos los demás derechos, civiles, económicos, sociales, culturales, políticos, permanecen intactos,*

*excepto por supuesto, el tema de derechos políticos, pero todo el resto de los derechos deberían estar igual de garantizados”(APN2).*

*“Entonces hay absolutamente, enquistada una postura realmente peligrosita de que son cosas, son seres inferiores que deben estar privados de todos derechos... son unos monos encerrados en una jaula, son personas, pero la gente dice “no, el violó mis derecho y que se pudra dentro de la cárcel”(APN1).*

*“la gente afuera cree que nosotros acá trabajamos, con monos locos que se pegan todos los días y que son gente violenta y que son gente que es inconversable y que los tenemos encerrado en un cuartucho sin luz ni agua”(AOL5).*

*“tienen derechos como bloqueados, como cortados, de hecho que son importantes, ejemplo el derecho a la sexualidad, ¿Dónde viste que para ir a “tirar” tienes que pedir, pasar por un consejo técnico donde te vean la conducta?...o sea, si te portabas bien, tenías acceso a venusterio y tienes que tener tres trimestre de muy buena conducta, eso es prehistórico...todos los nombres que están autorizados están todos publicados en la guarda interna, donde pasan todos los funcionarios y saben quién va a ir, quien no va... ¿Y el derecho a la privacidad?”(APN3).*

*“... son grupos súper invisibilizados, es como si habláramos, además, trans en las cárceles, que se yo... entonces, creo que hay mucho que hacer, o sea, respecto al tema de la sensibilización y la capacitación de los tomadores de decisiones, la gente que... que... porque en realidad cuesta hacer que estos temas avancen, porque hay mucho desconocimiento, entonces, sensibilizar a los funcionarios en estos temas, de estos grupos vulnerados” (APN2).*

*“una persona que se encuentra en una característica especial, o sea, insisto que no pierde derechos propios de una persona, pero tiene sus características especiales...entonces, evidentemente tampoco es una persona común, sino más bien es una persona que está en un régimen especial y yo lo miro como tal”(AOL5).*

Luego, cuando logran ubicarse en el “yo pienso”, “yo creo”, hacen alusión a un grupo de personas que tienen derechos minimizados y otros, incluso coartados; algunos actores, logran ubicarlos como sujetos de derecho, valorando la importancia de propiciar la salud digna y la educación en los contextos carcelarios. Se hace referencia, además a la marginación, postergación y visibilidad como actores importantes en los núcleos familiares, rescatando el rol que muchas veces permanece de manera simbólica, incluso, sin su presencia en el día a día en sus hogares.

*“...los internos son personas que también se enferman, que les duelen la guata, pero ese es el estado de cosas, el estado de arte... es como país queremos tratar a la gente que está presa” (APN4).*

*“...creo que efectivamente, son eh... junto con las personas con discapacidad psíquica e intelectual, creo que son los dos grupos humanos más postergados por las políticas públicas” (APN5).*

*“padres de familia o como jefes de hogar, pese a que están, en definitiva, presos se siguen asumiendo como jefes de hogar, entonces, hay algunos por ejemplo acá, que trabajan en el tema de las maderas y sus lucas son mensualmente para su familia entonces hay todo un tema ahí que cruza claramente los servicios provinciales, las connotaciones económicas, salud, educación, etc” (AOL1).*

Finalmente, los distintos actores posicionan en sus narrativas la necesidad de ubicar a la persona privada de libertad, como un sujeto que pueda hacer exigible sus derechos, para la cual el Estado debe cautelar su reconocimiento, garantía y protección.

*“son personas, tienen derecho a la dignidad, tienen derecho a un trato amable y respetuoso, yo creo que salud, al interior de los recintos penales, es una instancia educadora, yo soy una convencida, o sea, tú a través de salud acá educas, en modales, en trato, el trato respetuoso se devuelve con respeto...porque son cosas obvias, que acá, en estos lugares se pierde, porque aquí hay mucho abuso, hay abusos hacia los reos, hay golpes, hay cobranzas”(APN3).*

*“La persona privada de libertad, yo creo que no tiene que ser considerado un objeto, una cosa que tenemos que cuidar y proteger, es un sujeto que tiene derechos y puede exigir sus derechos” (APN1).*

*“Este nuevo mundo que hay o un mundo que siempre ha estado, pero que no sé, no se ha hecho cargo desde sistema público de salud, siempre ha habido, como que, la persona privada de libertad ingresa a la cárcel y deja eh... su sanción en la privación de libertad, de libertad ambulatoria, o sea, no puede salir de la cárcel, pero no pierde otros derechos, como el derecho a la salud” (APN1).*

En los círculos de conversación, tanto hombres como mujeres, construyen una definición de sí mismos, en función de distintos aspectos, entre los cuales destacan:



- (1) Características personales, en donde emergen definiciones vinculadas a los atributos físicos e intereses personales y afectivos

*“Me gusta escuchar música; divertida; simpática; complicada (...) inquieta; sarcástica; ingeniosa, mal genio; traviesa; a veces burlesca; sensible; me gusta leer” (Mujer CCP Los Andes).*

- (2) Características relacionales en términos de responsabilidad por un otro, vinculante a la dualidad dentro-fuera, visualizándose el espacio interpersonal y la responsabilidad con el bienestar del/la otro/a, lo cual visualizan, principalmente desde el rol familiar que cumplen:

*“Comerciante; madre; muy luchadora; muy protectora; atenta; escuchar; me gusta la playa; el campo; viajar; no muy comunicativa, pero me gusta escuchar; introvertida; muy paciente; me gusta cocinar; me gusta bailar” (Mujer CCP Los Andes).*

*“Soy serio, por mi enseñanza de niño, mucho respeto; buen padre de familia; solidario; solidario; cariñoso con mi familia y amigos;(…); trabajo madera, fierro, cuero y comerciante; fuera de este recinto mecánico de autos; muchos ejercicios; caminar; me encanta el campo desde niño; pienso mucho en hacerlo bien cada día más...” (Hombre CCP San Felipe).*

- (3) También se describen, desde sus padecimientos de salud mental y/o características vinculantes a los estados de ánimo.

*“...soy muy luna, sufro de crisis de pánico; soy bipolar, cambiante; soy alterada” (Mujer CCP Los Andes).*

*“Soy muy respetuoso, soy amistoso, soy maestro de cocina...soy una persona agresiva” (Hombre CCP San Felipe).*

(4) Finalmente, emergen significados en relación con una visión de sí mismos/as vinculada a las aspiraciones personales, sueños y esperanzas, para mejorar la situación en la que se encuentran:

*“Soy alegre, no dejo que las cosas me afecten, me identifico como una mujer luchadora. Quiero soñar, quiero ser feliz, romper cadena, ya no quisiera llorar, quiero encontrar la luz en mi camino, reencontrarme con mi familia y luchar junto a mis hijos y enfrentar y vencer mi adicción y no volver a ver la oscuridad”(Mujer CCP San Felipe).*

*“Me gustaría saber más cada día cosas buenas, sobre todo inventos del futuro que ayudan a la humanidad...Me gustaría aprender agronomía...” (Hombre CCP San Felipe).*

Por otro lado, las personas se sitúan en el contexto y, desde ese lugar, también se definen, incorporando en su significación del “yo soy”, atributos vinculantes con el delito, la despersonalización, la culpa y las proyecciones vinculadas a la búsqueda de libertad.

*“Soy una persona que cometió un error, por el cual ya estoy pagando...” (Mujer CCP San Felipe).*

*“Soy una mujer que está pagando por sus errores, me encuentro cumpliendo una condena de 5.3. Estando en este lugar, me he dado cuenta que algunas estamos muertas en vida, aquí he sufrido, llorado, reído, hasta rabiado, pero también he aprendido a encontrarme conmigo misma. Cargo con el sufrimiento de ser madre*

*y no poder estar con mis hijos. He pasado varios procesos carcelarios, pero hoy me encuentro asistiendo conducta para reintegrarme al medio libre y retomar mi nueva vida” (Mujer CCP Los Andes).*

Cabe señalar, que cuando los participantes hablan de la visión de sí mismos en el contexto carcelario, los relatos dan cuenta de estrategias de bloqueo emocional, que han ido adquiriendo para sobrevivir, atribuyendo a la desconexión de sí mismo, como un mecanismo que les otorga fortalezas para lograr adaptarse al recinto penitenciario, sin embargo, también lo valoran como un estilo de funcionamiento que, al menos en ocasiones, les dificulta el reconocerse y definirse.

Por consiguiente, de cronificarse y/o naturalizarse dichos esfuerzos emocionales, pudiesen alterar gravemente elementos identitarios de las personas, en contextos carcelarios y, por ende, se propician procesos de alienación, que disminuyen las probabilidades de reflexión consciente que les permita distinguir las ideas propias de las de otros con los que no necesariamente se identifican. Esta misma necesidad de adaptarse en este contexto y desde esta lógica, los lleva a dificultades para reconocerse y definirse.

En coherencia con lo anterior, al integrar aspectos del contexto carcelario a la visión de sí mismos, emergen significados vinculados con la posición de exclusión social en la que se perciben y, desde esa misma lógica, se identifican como parte de un sistema de relaciones que en su interior favorece la emergencia de atributos personales asociados a especializarse en delinquir.

*“igual con el tiempo que llevo, me ha hecho ser corazón de piedra”.*  
*(Hombre CCP de San Felipe)*

*“Este lugar trato de ser fuerte y valiente, soy callada, calmada, tratando de ocupar todo el día la mente en hacer ocupaciones y hacer oficios” (Mujer CCP Los Andes).*

*“En este lugar soy un número más, ni mejor, ni peor. A veces, en este lugar no sé quién soy, la mente te traiciona y no sabes si eres buena o eres mala, solo sabes que la ley del más fuerte sobrevive” (Mujer CCP Los Andes).*

*“Donde se encuentra lo peor de la sociedad, un mal lugar, el cementerio de nuestra libertad” (Hombre CCP de San Felipe).*

*“(…) una incubadora de delincuencia. El desahogado de la moral...” (Hombre CCP de San Felipe)*

Asociado a esta posición de represión y exclusión social en la que se visualizan, emergen significados respecto de las relaciones sociales y de poder que sostienen con la institución carcelaria y sus funcionarios, aludiendo a percibirse invisibilizados, cosificados y deshumanizados. En esta verticalidad, se significan como sujetos pertenecientes a un contexto sin acceso a una calidad de vida digna, aludiendo a condiciones deplorables en términos de alimentación, espacios físicos, higiene, entre otros, siendo lo anterior connotado por ellos mismos como un derecho que no se respeta.

*“La mala alimentación. La mala convivencia, el poco espacio para hacer algún tipo de actividad física, la contaminación acústica, la contaminación ambiental” (Hombre CCP de San Felipe).*

*“Es un lugar insalubre. Hay que convivir con los ratones” (Mujer CCP Los Andes).*

*“(...) La salud (...) Un derecho que no se respeta” (Hombre CCP de San Felipe).*

Desde esta posición social en la que se categorizan en el contexto carcelario, conceptualizan la salud como un derecho al que se accede por privilegio, lo cual se vincula con la reproducción en las dinámicas de poder al interior del recinto penitenciario, donde el acceso a ser atendidos por sus condiciones de salud, la asociarían a vivenciar situaciones extremas de enfermedad o accidentes:

*“Más que un derecho, es casi un privilegio (...) Estando presos, la salud es totalmente mala (...)” (Mujer CCP Los Andes).*

*“Son muy escasos los cupos. Depende de qué enfermedad o dolores nos atienden los paramédicos. Dependemos de funcionarios para una atención” (Hombre CCP de San Felipe).*

*“las funcionarias no los pescan cuando decimos que estamos enferma. Dependemos de un cupo y que a la funcionaria le caiga bien para que recién me lleven al paramédico. Tenemos que estar en coma, sin poder pararse” (Mujer CCP Los Andes).*

*“En primer lugar, es lograr ser escuchado por los funcionarios que el 20% de las veces es acogido por el paramédico a salir a preguntar si habrá atención de paramédico. Luego es esperanzado a que el paramédico tenga el honor para atender. En conclusión, solo el 5% de las veces que un interno necesita atención será atendido, eso no quiere decir que recibió una atención digna, sino más bien se le entregó un medicamento al interno que "dice tener! alguna molestia” (Hombre CCP de San Felipe).*

A partir de lo anterior, emerge una especie de conformismo y desesperanza aprendida asociado a las escasas vías de acceso para la atención en salud, lo cual por un lado, refuerza la idea y necesidad de fortalecerse desde el bloqueo emocional, y, por otro, perpetúa la visión deshumanizada hacia ellos mismos. Esto último, al describir diversas técnicas que implican autoagredirse como estrategia válida, eficiente y de rápido acceso a la salud, connotando el cortarse, apuñalarse, como estrategia válida y eficiente.

*“Acá no tenemos derechos como internos, porque solo somos un número. Tenemos que agredirnos para que nos tomen en cuenta”*  
(Hombre CCP de San Felipe).

*“A veces no sacas nada con reclamar; preguntando; a veces amotinadas”* (Mujer CCP Los Andes).

*“Acá en este lugar a veces hay que apuñalarse para ejercer la salud. Haciendo huelga de hambre como, por ejemplo, cosiéndote la boca, no tomar ni agua”* (Mujer CCP Los Andes).

*“Huelga de hambre para que me atiendan, pegándome con un arma blanca en cualquier parte del cuerpo”* (Hombre CCP de San Felipe).

Por otro lado, emergen fisuras del discurso que alude a perpetuar la idea de sujetos que perpetúan su posición de oprimidos. Coexistiendo lo anterior, con relatos que dan cuenta que durante su permanencia en el contexto carcelario, ha sido posible para ellos y ellas integrar nuevos aspectos identitarios, identificando aspectos valiosos de sí mismos en función de su vida y sus roles fuera de la cárcel. Así, refieren nuevos recursos emocionales, relacionales y/o afectivos, posibilidades de re-pensarse como persona y sujeto en la sociedad, revitalizarse, pero, además siendo posible para ellos en este espacio de la cárcel, la emergencia de nuevos sueños y proyectos personales. Todo lo anterior, lo conceptualizan como

oportunidades que para ellos no eran posibles de emerger fuera del contexto carcelario:

*“aprendí a valorar en este lugar a todo lo que tenía en la calle”(Mujer CCP Los Andes).*

*“todo esto me ha enseñado a valorizar mi libertad” (Mujer CCP Los Andes).*

*“en este lugar me han devuelto las ganas de vivir, de sentir, de relacionarme, de proponerme en buscar mi libertad y reencontrarme con mi familia y recuperar mi tiempo es lo que más deseo”(Mujer CCP Los Andes).*

*“es donde volvemos a creer en nuestras mismas capacidades; es donde nos hace más fuerte y valernos como mujer” (Mujer CCP Los Andes).*

*“(...) aquí he sufrido, llorado, reído, hasta rabiado, pero también he aprendido a encontrarme conmigo misma (...)” (Mujer CCP Los Andes).*

*“sueños de retomar la vida con mejores caminos para criar a mis 4 hijos y que sean personas de bien en este lugar a pesar de haberme alejado y sufrido porque no estoy con mi familia, trato de hacer las cosas lo mejor posible y superarme como persona día a día” (Mujer CCP Los Andes).*

*“este lugar es así, tu vida se detiene, pero a pesar de eso, trato de hacer las cosas bien y que el día de mañana sea un buen elemento para la sociedad” (Mujer CCP Los Andes).*

*“es donde volvemos a creer en nosotras mismas, nos hace más fuerte y valoramos como mujer, es donde ocultamos el dolor y volvemos a vivir”*  
(Mujer CCP Los Andes).

### 7.3.- SIGNIFICACIÓN DE LA SALUD PENITENCIARIA

A lo largo del documento, se ha ido colocando en valor, desde el enfoque de la salud colectiva, la significación de salud como parte del proceso de socialización del individuo, lo que encierra múltiples panoramas para la práctica médica familiar y como resultado de la interacción de factores individuales, sociales, económicos, políticos y culturales, como un hecho social y por tanto, como una expresión cultural.

Los distintos actores desde sus narrativas dejan en evidencia la significación de salud, la que se mantiene de manera reducida a la definición utópica propuesta por la OMS.

*“El completo estado de bienestar ¡digamos!... de las personas”*  
(AOR1).

*“conjunto, básicamente de acciones que garantizan a la población privada de libertad, la garantía y el acceso al sistema de salud y todas las acciones que se, tanto a nivel intrapenitenciario, como los vínculos con la red de salud pública (APN1).*

*“la visión que tiene la OMS, que es el estado de equilibrio emocional, psicosocial, físico y todo del individuo, que es un... es como una visión bastante holística de lo que es salud (AOR2).*

Por otro lado, al momento de definir Salud Penitenciaria, surgen narrativas vinculadas a la noción de acceso de prestaciones de salud y nuevamente reducido su abordaje a la atención de la enfermedad y/o a contingencias de brotes



epidémicos. En esto se releva la importancia de la participación de la red asistencial de salud, así como también un rol asistencial con las personas privadas de libertad como con quienes trabajan en el contexto carcelario, siendo una de las funciones esenciales del departamento de salud, dispuesto por Gendarmería de Chile.

*“...tiene que ver con la salud pública, que tiene que ver con evitar los contagios, lo que pasa es que aquí hay un tema súper complejo, que tiene que ver que cuando la prestación de salud, se genera a partir de la misma gente, de la misma institución encargada de privar de libertad a las personas, creo que desde su origen, desde el diseño, es imposible que garanticen la salud...” (AOL2).*

*“la salud penitenciaria significa que el privado de libertad, tenga la posibilidad de atenderse por un ente de salud, que en un principio puede ser un técnico paramédico, o un profesional, u otro profesional de la salud ... Una vez que se de esta primera atención, requiera una, un manejo más avanzado o de otra especialidad, que no tengamos disponible, el ente que se encarga del cuidado de la salud al interior de las cárceles, le pueda brindar, ya sea mediante la coordinación pública o si esta red pública no tiene, darle las herramientas para que el privado de libertad, si tiene la posibilidad, obtenga finalmente, la salud que él necesita” (AOR2).*

*“Gendarmería tiene su unidad de salud, que ve salud penitenciaria de los internos, internas, también la de su personal, pero creo que el concepto de salud penitenciaria, es un concepto que se está construyendo. Claro, mas curativo que preventivo y eso ha llevado a una serie de consecuencias, de que muchas enfermedades que ya no hay en la población general, todavía hay en las cárceles, como por ejemplo la tuberculosis” (APN1).*

*“la salud penitenciaria, desde esa perspectiva, es un intermediario, o sea, es alguien que está dedicado, si bien, a proporcionar las situaciones mínimas o prestar las garantías mínimas...seguimos siendo un ente intermediario, o sea, justamente, con ese tema de la red asistencial, yo creo que nos ha permitido, de alguna forma, tener una comunicación más continua, más expedita, más constante para que esta situación equis, se transforme en una solución consolidada...” (AOL5).*

*“la salud penitenciaria tiene un ámbito que es diferente, que tú no lo ves afuera, pero tenemos relaciones con el Servicio Médico Legal, investigaciones, Carabineros, Registro Civil e Identificación, porque si hay un ámbito legal diferente, que tiene que ver, por ejemplo, con algunas leyes de implementación, toma de ADN, ejemplo no hay tomas de ADN a nivel de consultorio” (AOR2).*

En la medida que se avanza con el diálogo, gran parte de los actores logran ubicar en la definición de Salud Penitenciaria, el derecho a la salud como un baluarte a proteger y garantizar, reconociendo de igual forma la restricción que la propia Constitución de Chile agota en el sentido que, sólo se asegura el derecho a la protección de salud.

*“salud penitenciaria...tiene que ver además, con los derechos de las personas, que en definitiva, el derecho a la vida, es un derecho fundamental. Sin embargo, la salud en nuestro país, no está escrito como un derecho fundamental”(AOR3).*

*“la perspectiva o la visualizó como un derecho de los internos y de los trabajadores, que son los gendarmes, procurar el mayor bienestar físico, social y mental al interior de un contexto extraordinariamente complejo, pero aun así, esa contradicción hay*

*que conjugarla con recursos y voluntades para procurar ello y eso significa un cambio de mentalidad”(AOR1).*

*“Salud penitenciaria debería ser la respuesta preventiva y asistencial del derecho a la salud, de las personas privadas de libertad, digo y digo preventivo y asistencial, digamos porque pa nosotros, las políticas de salud siempre consideran eso como una salud integral, no sólo como la ausencia de enfermedad, no solamente atender la patología...como una política pública que cruza todos los ámbitos, de todos los grupos con afectación de derecho”(APN2).*

Finalmente, es importante señalar que en algunas narrativas, se pueden distinguir relatos contrapuestos, respecto a la definición y su alcance, en donde se ubica el concepto de salud, como único y transferible a todos los contextos y otros, en donde si bien se reconoce una definición de base vinculada a la práctica médica, se rescata la necesidad de considerar las condiciones estructurales de vida, a las que se ven expuestas estas personas a diferencia de las que gozan de libertad y que como consecuencia se presencian algunas patologías con mayor presencia.

*“no creo que haya una diferencia entre lo que es salud penitenciaria y lo que es salud, para mi salud es una sola, o sea, independiente que sea en condiciones de reclusión o no. La reclusión dificulta algunos temas de atención de la salud de la población, pero por la reclusión, pero no porque la atención de salud sea diferente, aquí tenemos atención dental, tenemos atención de especialidades, tenemos atención de eh... de cómo se llama, de medicina interna, todo esto eh... atención eh... con enfoque de género hay matrona, en las unidades penales donde hay mujeres, en general, funciona”(APN3).*

*“entender que la salud penitenciaria, es algo súper particular, yo lo veo afuera y lo veo adentro, porque atiendo personas que están en libertad y atiendo privados de libertad y tu... siendo un mismo, un mismo ente sanitario, un ente de salud, tú de cierta forma tienes que tener una visión un poquitito diferente de lo que es afuera, hacia adentro, no de lo que es el diagnóstico médico y el tratamiento médico y la prescripción, ni la indicación, no... eso es igual, pero si tú tienes que tener una visión diferente hacia el exterior y hacia el interior por las condiciones en que se dan”(AOR2).*

*“el paciente con sus características personales, porque tí no sólo tienes que ver que el paciente tiene algunas características personales, que tienen más enfermedades, de un ámbito, versus que otro ámbito, por ejemplo, nosotros tenemos diez veces más tuberculosis que en el extramuro, tenemos más patologías de tipo salud mental de los que tienen afuera, no sé, cincuenta, sesenta por ciento de nuestros pacientes puedan tener un trastorno de personalidad, que puede ser antisocial, un trastorno de personalidad, que no es algo menor. Por lo tanto, nuestras patologías son diferentes desde una perspectiva personal, a las de un paciente de afuera, por lo tanto, requiere ciertas especificidades para su manejo (AOR2).*

A modo de integración de lo antes descrito, se hace relevante acoplar las narrativas dispuestas por las personas privadas de libertad, quienes al significar la Salud, colocan en valor cuatro matices relevantes: (1) vinculada a la vida, (2) en coherencia a los hábitos saludables que se pueden emprender desde lo individual, (3) se dispone como un derecho y, finalmente, es significada (4) en su amplio despliegue e integralidad, en donde se coloca en valor la salud mental, social, emocional, física, ambiental y colectiva.

*“La salud es algo primordial en la vida de un ser, sin salud no hay motivación, ni esfuerzo por una meta, salud es vida, es mi motor para el día a día” (Hombre CCP San Felipe).*

*“Tenemos que comer sano, o sea, verduras, frutas, lácteos... también hacer deporte, ya que ayuda a fortalecer el cuerpo a liberar energías” (Mujer CCP Los Andes).*

*“Para mí, la salud es un derecho que tenemos todas las personas por igual; es una atención por un profesional encargado de ver y sanar una enfermedad; cuando nos sentimos mal, requerimos una buena atención; si tenemos buena salud, tenemos que cuidarla con una vida sana, haciendo ejercicios y buena alimentación; la salud es algo esencial para diferentes áreas de nuestra vida” (Mujer CCP Los Andes).*

*“Salud es igual a vida. Tanto física como mental, es el motor de mi cuerpo. Es una obligación social y un derecho personal. Es responsabilidad de todos” (Hombre, CCP San Felipe)*

Sin embargo, cabe señalar que así como se reconoce la salud como un derecho, también se tensiona su cumplimiento.

*“Un derecho que no se respeta” (Mujer, CCP Los Andes).*

*“Un derecho que está siendo vulnerado...ya que no contamos con los medios para que obtengamos nuestros chequeos...” (Mujer, CCP, Los Andes).*

Lo anterior se sustenta en los relatos que se incorporan sobre las condiciones de vida en el contexto de encierro, en donde tanto hombres como mujeres identifican

condiciones, que no permiten el despliegue de la salud y el ejercicio de su derecho, las que los sujetos vinculan, particularmente, con: la mala alimentación, el hacinamiento, la escasa posibilidad de mantener una higiene individual y colectiva, los efectos de dichas condiciones en la salud mental y las barreras para la atención de salud.

*“Es un lugar insalubre. Hay que convivir con los ratones...”(Hombre, CCP San Felipe).*

*“La mala alimentación; el estrés diario; no tener derecho a la salud; que no te den tratamientos; la espera del tiempo para optar al médico” (Mujer, CCP Los Andes).*

En el último punto señalado, vinculado a la identificación de barreras para la atención, las personas privadas de libertad, se permiten además relatar necesidades puntuales, tales como: (1) acceso a la información sobre temas de salud, (2) inicio, seguimiento y continuidad en los tratamientos y (3) acceso a profesionales especialistas, vinculados a la atención secundaria.

*“Atención para la Próstata, dentales; gastroenterólogo, la higiene tanto como 100% se puede dando charlas; sobre sarna, VIH, diabetes, etc.; la comida servida dignamente” (Hombre, CCP San Felipe).*

*“Opción a tener material e información sobre distintas enfermedades... la diabetes y muchas enfermedades sobre el sistema nervioso” (Mujer, CCP San Felipe).*

*“uno... atención profesional, dos... seguimientos de los pacientes, tres... medicamentos adecuados. Atención más rápida y fluida” (Hombre, CCP San Felipe).*

#### 7.4.- SIGNIFICACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD POR PARTE DE LOS ACTORES POLITICOS, OPERATIVOS Y PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

La significación del derecho a la salud por parte de los actores políticos y operativos, permite visualizar que existe una concepción de éste como derecho humano y que, por tanto, desde el punto de vista normativo es plenamente exigible para las personas privadas de libertad. No obstante, ellos mismos señalan que hay carencia de medios para alcanzar su efectividad y realizar el mandato constitucional que impone al Estado el deber de garantizar el acceso a las acciones de salud de manera igualitaria.

Algunos caracterizan el derecho a la salud de una manera general, como derecho humano y la vez como un elemento del bienestar general de la persona, o bien como un elemento de su bienestar social.

*“El derecho a la salud es un derecho humano, es un derecho que debe ser garantizado por parte del Estado y de la sociedad, ¡digamos!..., no solamente el Estado sino que es obligación de la familia, la obligación de los entornos de las personas que tienen problemas de salud, son responsables de proveer este derecho. La salud es un derecho humano” (AOR1).*

*“el derecho a la salud, tiene que ver con el derecho que tienen las personas a un estado de bienestar, y ese estado de bienestar está dado por la condición física, por las condiciones ambientales, por las relaciones interpersonales, por su posición frente a la sociedad” (AOL2).*

*“...salud es calidad de vida, para mi salud, definitivamente es calidad de vida, tiene que ver con la capacidad que tienen las personas para desarrollarse y desarrollarse física, psicológicamente, socialmente, entonces para mí, el derecho a la salud pasa por eso, pasa por tener*

*condiciones estructurales, ambientales, familiares que permitan un mejor desarrollo de las personas (AOL2).*

*“que las personas deberían tener acceso a todas las prestaciones y las acciones, no tan solamente sanitarias, que involucran el bienestar en salud, que van más allá de las atenciones clínicas, sino que deberían poder tener el derecho a estilos de vida saludables... creo que la salud es algo que se construye entre la persona y su entorno...” (AOL4).*

*“es un derecho inherente para todas las personas, o sea, más allá de la condición, el lugar en donde estén, la circunstancia en que se encuentren, es un derecho inherente de todas las personas, más aún hoy en día, como es el concepto de salud, porque el concepto de salud antes era la ausencia de enfermedades, hoy en día... de alguna forma es mirar a la persona desde todas sus aristas, sociales, psicológicas, etcétera” (AOL5).*

*“Yo creo que tiene que ver con la libertad fijate, con la libertad... con tener lo que necesito para vivir, con... de vivir en un ambiente cálido, tener una familia estable, en un trabajo que me guste, poder ejercer mi vocación, todo eso tiene que ver con vida digna, poder estudiar...” (APN3).*

*“Claramente el ambiente físico es una dimensión, es decir, de que ellos tengan espacios, que tengan luz, que tengan una situación higiénica determinada, que la alimentación sea adecuada, que tengan tiempos de esparcimientos, que puedan tener... mantener, las relaciones con sus seres queridos, que puedan mantener una actividad sexual, sexual y afectiva, me refiero que con sus parejas” (AOL2).*



*“el derecho a que, a pesar de la reclusión, tú tengas derecho a un bienestar digno, que sean tratado con respeto, que este sea un lugar limpio, que tengas acceso a todos tus derechos, como por ejemplo, a tú vida sexual con tú pareja, a ver a tus hijos, a no ser agredido o muerto dentro de un lugar de reclusión...” (APN3).*

*“cuáles son las condiciones sanitarias de las cárceles, de las celdas propiamente tal, de los baños, etc, porque tenemos que garantizar el derecho a la salud y es una cosa mucho más amplia y que ellos accedan por ejemplo a la educación, o los espacios de recreación, porque nosotros sabemos poco de eso. Yo creo que más que el desafío a los prestadores es el desafío de la autoridad, sanitaria independiente que trabajemos en conjunto para ello” (AOL2).*

Si bien, los actores significan el derecho a la salud desde el paradigma más amplio que hoy reviste la salud, esto no encuentra consonancia con lo que establece nuestra Carta Fundamental, en la cual se reconoce el derecho a la protección de la salud, como la protección de un estado del sujeto, que luego se garantiza mediante el acceso a prestaciones de salud. Así las cosas, el énfasis está puesto en “estar sano”, “libre de enfermedades” resultando infructuoso pensar que el sistema normativo institucional incidirá en los factores físicos, hereditarios, ambientales, sociales y económicos, que inciden en una buena o mala salud.

Existen actores que logran identificar claramente el sustento jurídico del derecho a la protección de la salud de la manera en que es recogido por la Constitución Política, y reconocen la garantía de acceder de manera libre e igualitaria a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

*“el derecho a la salud es un derecho universal, que involucra cobertura, acceso, calidad...sinceramente creo que, con las*

*condiciones que se han dado hasta ahora, no ha sido posible, a pesar de los esfuerzos que se han hecho...” (AOL3).*

*“el derecho a la salud, bueno, tiene que ver con un derecho básico de los internos y también directamente y también indirectamente tiene que ver con su rehabilitación, entonces ahí es un poco ver si estar preso es sólo un castigo o si estar preso también tiene que ver con que la sociedad se haga cargo del castigo y del tema de inserción” (AOL1).*

*“el derecho a la salud es el acceso, tanto a las prestaciones, los medicamentos, a que te vean en forma responsable, a que te hagan los exámenes que te tienen... y eso, eso es acceso, pero además uno tiene que darle el factor de calidad, o sea, que la atención sea de calidad y de oportunidad, no sirve que el apéndice se me pase a peritonitis, o sea, tiene que ser una atención oportuna”(AOR3).*

*“que garantizar la salud, creo que uno puede garantizar el acceso a los sistemas de salud y a los elementos que construyen la salud. Poder garantizar que ellos puedan acceder a las prestaciones que requieren, preventivas y curativas y promocionales, pero además deberían poder contar con un con... condiciones de salud que les permitan estar saludables” (AOL4).*

*“el foco del derecho a la salud en las... en las cárceles, o sea, no el derecho a un medicamento para cuando tu estas enfermo, sino que es un derecho a la atención constante en el ámbito de la salud para la prevención y la adecuada protección de la... de la salud, o sea, el tema de la atención, no sé'po, si te duele algo o se te pasa solo o te atienden, pero también en ir previniendo, o sea, por ejemplo, campañas masivas del cancer de mama en la cárcel de mujeres,*

*súper bien, súper bueno, o sea, medidas preventivas,... el derecho a la salud, es un derecho constante que tiene que siempre estar acompañando a persona, durante toda su vida, independientemente el lugar donde se encuentre” (APN1).*

*“...el derecho a la salud no está garantizado, si efectivamente el acceso se garantiza y ese acceso va a depender de las posibilidades de los recursos financieros que tengan las personas para poder adquirirlo, luego ¡digamos!... los reos no tienen por lo general acceso al trabajo, a una remuneración permanente o ingresos que les permitan cubrir esos aspectos de salud. Luego el Estado no los provee adecuadamente....” (AOR1).*

Así también, se observa que los actores reconocen el papel que juegan las instituciones en la realización del derecho de protección a la salud.

*“el derecho a la salud, a mí me interesaría como ciudadana, como gestor político, me interesaría que pudiéramos garantizar el derecho a la salud y me gustaría que pudiéramos avanzar en esa dirección...” (AOL2).*

*“el derecho de la salud, para nosotros es un derecho fundamental de las personas, y esto está enmarcado en el trabajo que está haciendo el Ministerio de salud en cuanto a redes integradas del Servicio de salud... y uno de los pilares estratégicos, dice relación con la gestión territorial. ¿Qué quiere decir eso?... que nosotros no solamente tenemos que hacernos cargo de la población usuaria nuestra, sino que tenemos que llegar a quienes pertenecen a nuestro territorio, viven o transitan por nuestro territorio incluso, por períodos acotados, tenemos que hacernos cargo de todos ellos, no solamente de quienes usan nuestro servicio”(AOL3).*

*“los derechos en sociedad, están en algún sentido, determinado por la capacidad económica de su sociedad... por lo tanto, en nuestras sociedades complejas, todos los derechos se ejercen dentro de ciertos límites presupuestarios también, no hay derechos ilimitados” (APN5).*

*“red intersectorial, nosotros debiéramos trabajar con gendarmería, debiéramos trabajar también con la Gobernación, debiéramos trabajar con todos los entes que están relacionados con el personal penitenciario, puesto que hay que establecer mejoras y brechas, porque hay personal de salud en la cárcel, nosotros sabemos que hay un paramédico, sabemos que tienen acceso atención médica y atención odontológica, pero hay debilidades al respecto, hay brechas que no están cubiertas...” (AOL3).*

*“...es Gendarmería en este caso por lo tanto la institución que tiene que hacerse cargo, tiene que saber responder y tiene que saber plantear también sus necesidades, porque ¿Qué pasa? ... como ellos forman parte de una institución está institución debiera hacerse cargo también de plantear que no pueden monitorear, de plantear qué necesidades tiene respecto de eso, no solamente los usuarios, sino que el personal de salud que está a cargo de los usuarios y no solamente el personal de salud sino que las personas o autoridades de Gendarmería, porque el tema de la integración es integrar la salud a todo, que la salud no sea responsabilidad de los Centros de Salud no más, entonces, esta mirada Ministerial”(AOL3).*

Luego, un aspecto esencial y práctico, que materializa el acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, es la adscripción a uno de los sistemas de salud, ya sea público o privado. Cabe traer a colación que

incluso aquellos que no cuentan con medios para cotizar en el sistema público de salud pueden inscribirse y ser usuarios del sistema.

*“...todas las personas se, esa es la norma general, que todas las personas se tienen que inscribir en FONASA, esa es la norma general, no es que uno automáticamente quedes en FONASA, tú tienes que hacer el trámite de inscribirte y haciendo el trámite, si tienes empleo, claro, lo haces y hoy FONASA ha dispuesto de toda la plataforma tecnológica para incorporar y que sean efectivamente personas, hacer el trámite más simple”(AOR3).*

*“todas las personas, incluso fuera del ámbito penitenciario, están adscrito, no se tienen, porque no se llega a todos ellos, porque en definitiva, las personas beneficiarios de FONASA, más del veinte por ciento del grupo B, C o D, que se atienden en la red privada, no está inscrita en el consultorio, entonces, son muchos millones, porque ellos no van a los consultorios, pero suele suceder que cuando van, los inscriben...”(AOR3).*

*“...existen directrices porque el sistema funciona adscribiéndose a un, el establecimiento penitenciario, adscribiéndose a una institución de salud, en este caso, un CESFAM ¡digamos!... y en complementario, la red más secundaria el hospital que le corresponda de referencia en esa situación e ingresan en la medida de como ingresan todos los, las personas, que tiene que ver con, ingresando a la atención primaria y después son derivados a la atención secundaria o terciaria”(AOR3).*

*“Ahora, es bien específico lo de ellos, porque en el fondo, estamos trabajando, también al alero del convenio, em... en algún subconvenio de transferencia de datos, porque, que sucede...”*

*cuando ingresa un interno a una cárcel, ellos en gendarmería nos dicen, tardan, por supuesto que son todos FONASA, pero tardan mucho tiempo en acreditarse internamente para gendarmería esa... esa filiación a FONASA, entonces, tiene que ir una asistente social al domicilio del interno y es una cosa lentísima, entonces, lo que se quiere hacer, es que, ojalá, al instalar o crear un software, cosa que... en... en línea con FONASA y gendarmería, cosa que cuando ingrese una persona a la cárcel, basta ver en pantalla y en línea, cuál es su situación de, de cobertura de salud. Teniendo en cuenta de que, que aunque sea un porcentaje ínfimo, hay algunos que están Isapre, que son, pero, o sea, los delitos económicos (APN1).*

Igualmente, los actores dan cuenta de las acciones implementadas para facilitar el acceso a las prestaciones de salud, de promoción y protección, como el examen médico preventivo de salud, y el acceso a las garantías explícitas de salud. (GES).

*“lo que hacemos es brindarle a la cárcel, todos los insumos que se generan a través del examen médico preventivo, de la salud de las personas privadas de libertad, entonces, frente a ello se le entrega un informe, con los distintos monitoreos que ellos necesitan, incluso se les ofrecen horas en el centro de salud. Yo siento que acá ha habido un retroceso porque antes, no sé si la población penal era menor que la que hay ahora, pero los controles si se hacían en el CESFAM, los reos eran llevados continuamente”(AOL3).*

*“bueno todo lo del GES, que es otro tema, o sea, el GES no debería no cumplirse en las cárceles, pero tenemos retraso de GES, em... yo creo que gendarmería hace un tremendo esfuerzo para lograr dar continuidad de la atención a lo... a las personas privadas de libertad, pero lamentablemente, eh... eso se da en un contexto de... de... de seguridad, de precariedad de recursos que hacen súper complejo el*

*tema de sacar a lo... a las personas a sus controles, a su... ¿Ya? Todo el tema del traslado, es un... es una gran barrera, porque involucra recursos y... y tiempo que dificultan el normal acceso de las personas privadas de libertad a... a estas prestaciones de salud” (APN2).*

*“los pacientes de VIH, por lo tanto, lo que hacemos ahí, inmediatamente es adquirirlo a los programas de intervenciones locales y son ellos los que se hacen responsables, nuestra labor va a ir de la mano de garantizar la salida, de garantizar el acceso, de garantizar el tema del tratamiento, los fármacos, etcétera, entonces, lo que hacemos con ese tipo de necesidades, no tan solo el VIH, sino que otras necesidades, pacientes que hemos diagnosticado con cáncer o cosas que prioritariamente, de alguna forma, requieren de intervenciones más continua, nosotros le damos acceso a los programas de afuera y buscamos de garantizar las salidas y los accesos comunes” (AOL5).*

*“...estamos avanzando fuertemente en una gestión de cambio con toda la metodología que eso implica, para transitar desde la red de prestadores, desde el concepto de usuario a un territorio a cargo y eso implica no solamente ser responsable de la gente que consulta, sino que la gente que habita y transita en el valle del Aconcagua. Transitar desde el usuario, un enfoque de derecho, el derecho de la salud, transitar desde bueno, lo que hoy día nosotros hacemos directamente, como sector salud a empoderar o empujar el sistema para que sean los gobiernos locales y provinciales quienes se hagan cargo de la problemática de salud y no solamente en tanto son prestadores”(AOL2).*

*“...los medicamentos que tenemos nosotros acá, tenemos muy buenos medicamentos, compramos productos de calidad hacia el interno, eh... y muchas veces nuestros recursos nos permiten tener una, de cierta forma, que el interno como no tiene fondos para adquirir sus propios medicamentos, nosotros adquirimos con fondos, trato... y compramos sus medicamentos de forma directa, cosa que no tiene la posibilidad los usuarios que están en libertad, porque obviamente ellos, si el consultorio no los tienen, ellos tienen que correr con los gastos de esos medicamentos, entonces, de esa perspectiva, sí hay una, un aspecto positivo (AOR2).*

*“Tengo la fortuna de trabajar también, en el sistema afuera y trabajo también para una corporación municipal, en otro horario y tengo las dos visiones, la visión penitenciaria y la visión del ciudadano en libertad, digamos, y veo que ambos tienen las mismas facilidades de atención, incluso puedo decirte que el privado de libertad, en algunos aspectos, tiene mejor salud que la persona que está en libertad, porque el privado de libertad tiene un equipo que está permanente preocupado de él, muchas veces y hace mucho más presión de tipo judicial o personal, sobre la resolución de sus causas, por lo tanto, muchas veces, esta resolución sobre los tribunales, los tribunales presionan a los hospitales y los hospitales ejecutan procesos de entrega de horas incluso, más rápido que tiene la población normal, porque ejerce la, digamos, el requerimiento sobre sus derechos, porque son sus derechos, derecho a la buena atención de salud..) (AOR2).*

Sin embargo, aparecen en los relatos las limitaciones que tienen las personas privadas de libertad para acceder a las prestaciones de salud, algunas de ellas provienen de su contexto social y económico anterior a su situación de privación de libertad, en tanto otras, son atribuidas a deficiencias estructurales de las instituciones



para atender las necesidades de los internos. Estas últimas, constituyen aspectos a trabajar para alcanzar el nivel de cumplimiento de las obligaciones que le son exigibles al Estado.

*“... Es un paciente que normalmente está muy necesitado, tiene muchas de sus necesidades alteradas y que esas necesidades alteradas muchas veces tienden a, su primer acercamiento a salud, es a través de la reclusión, entonces son... tenemos pacientes que su primer tratamiento odontológico, o su primer control de, por ejemplo, matrona o médicos, lo ejecutan al interior de las cárceles, porque en el exterior no acuden a los consultorios, no tienen un contacto con la red de atención de salud y eso... somos nosotros el primer punto de acercamiento, o el punto más cercano que ellos pueden tener hacia el cuidado de su integridad de salud (AOR2).*

*“La salud es, tiene muchas desventajas, por el hecho de que sea PPL, desde la discriminación a la que son sometidos en el sistema público, desde eh... el acceso a las horas medicas por especialistas en el sistema público, esos son un poco el ingreso, la oportunidad de la atención, la continuidad muchas veces, pero las normativas son las mismas que el Ministerio de Salud, Gendarmería cumple las normativas del Ministerio de Salud, en cuanto a la atención, al tipo de atención, al modelo de atención donde se da, la atención que se da al interior de los recintos penales es más bien de tipo... primaria, a excepción del Hospital Penal de Gendarmería, que es un hospital de baja complejidad, donde además, se realizan intervenciones quirúrgicas, pero en general es atención primaria”(APN3).*

*“... muchas veces, la atención de salud que nosotros queremos brindarles, se ve, digamos, imposibilitada de ejecutarse de forma correcta por otro ente del sistema, que a veces, que no tiene que ver*

*con ellos mismos..., por ejemplo, cuando nosotros hacemos interconsultas para que los pacientes reciban atención de su especialidad, muchas veces, no digo que muchas pero, pero en reiteradas oportunidades, eh... los, son súper pocos los carros para sacar a la gente a los servicios de salud, entonces, ese mismo carro, no sé, carro que tienen para atención de quinientas personas y tiene que hacer cien salidas, eh... no sé, en un día tiene que hacer veinte salidas y esas veinte salidas, cuatro sean de salud y otras a tribunales a diferentes partes de la región, por lo tanto, con uno o dos carros no da abasto para llevar a la gente de salud y, las salidas de salud, como puede ser reprogramables, pero no así una audiencia de un tribunal, digamos, se ven desplazadas y muchas veces, nuestros internos pierden esas horas y tenemos que volver a sacar una hora y eso es un problema recurrente que tiene que ver con la falta de movilización y traslado de los internos, eso es un tema que no tiene que ver con salud, pero si ha sido un tema recurrente, que está en conocimiento de la autoridad y que tiene ver con el parque vehicular, que es un tema súper difícil de modificar, que está ordenado por resolución y es súper complejo y no nos permite eh... estructurar una libre salida y nos limita de cierta forma, la... la entrega oportuna de algunas horas y que haya un cumplimiento...” (ARO2).*

*“en todas las áreas, en salud mental de la PPL, donde ahí tenemos un déficit importantísimo y todo lo que son las normativas y protocolos, son exactamente los mismos que el ministerio, si un paciente tuberculoso está afuera o está adentro, la atención, el protocolo de atención es el mismo, si una persona tiene hepatitis B, el protocolo de atención es el mismo. Lo que ocurre es que hay dificultades, de diagnóstico, de mejorar la atención adentro, producto de un montón de cosas externas, por ejemplo, del sueldo que se le*

*ofrece a los médicos, es muy inferior al que se ofrece en el sistema público, por lo cual, el acceso al recurso es muy complicado (APN3).*

*“... las acciones sanitarias que uno quiere hacer, desde las prestaciones de salud, quedan truncadas, por ejemplo, nosotros vemos a los pacientes cardiovasculares en sus controles, les indicamos medicamentos, les indicamos pautas de alimentación, cuidado para los pies o que realicen actividad física y nosotros sabemos que eso después, al llegar al centro penitenciario, no lo pueden ejecutar, entonces, mas va por ahí, que las condiciones de salud no son dignas como para hacer un abordaje integral de la salud (AOL4).*

*“Por otro lado el interno, no puede consultar una segunda opinión si le da la gana, como lo podemos hacer nosotros, o sea, sí que tengo un medico se tienen que dar con una piedra en el pecho, porque no hay más, ¿Me entiendes?... entonces, por ahí está la dignidad, a estar recluso en un lugar decente (APN3).*

*“lo razonable es que gocen, efectivamente, de los mismos derechos, o del mismo acceso que las personas que no están privadas de libertad y yo creo que hay un aspecto eh... que es más crítico que tiene que ver básicamente, con el tema de salud mental, me da la impresión que ahí hay un... un problema más o menos serio de falta de acceso, de incapacidad del sistema de dar una respuesta al problema de salud mental a las personas privadas de libertad...”(APN5).*

*“no hay retroalimentación; Por ejemplo, estaba pensando en el caso de la nutricionista, de pacientes que necesiten nutricionista, ... no hay nutricionista en la cárcel entonces cómo llega la atención... Se*

*supone que el paramédico lo que debiera hacer, si hay un usuario que es diagnosticado por hipertensión, ese usuario debiera ser priorizado por el médico de la cárcel, no cierto, y eh... debiera seguir sus atenciones ahí”(AOL3).*

En los círculos de reflexión con las personas privadas de libertad, antes de abordar la significación sobre el Derecho a la Salud, se dispuso un espacio para vincularse con el concepto desde el eslabón de los Derechos Humanos. Al mirar las ideas que ellos incorporaron en las bitácoras, se puede interpretar que fueron significados y reconocidos por ambos grupos como universales, integrales e indivisibles, obligatorios, sancionables, irrenunciables, intransferibles, naturales e históricos.

*“Son un conjunto de normas que rigen el funcionamiento de la sociedad. Lo que el humano está obligado a recibir por el solo hecho de ser humano. Es la dignidad de cada uno de nosotros. Carta magna de la sociedad” (Hombre, CCP San Felipe).*

En las narrativas, se coloca en valor la exigencia de su garantía desde el rol de ciudadanos, pero a sí mismo, reconocen la vulnerabilidad de su ejercicio, delimitado por las líneas de poder circunscritas al contexto de privación de libertad.

*“Ser ciudadanos y tener educación, salud y bienestar” (Mujer CCP Los Andes).*

*“Son aquellas reglas para respetarse y no abusar de ellos. Son nuestro respaldo en ocasiones y escudo en otras, frente a injusticias” (Hombre CCP San Felipe).*

*“Para mí, los derechos humanos, parten por el derecho a la vida. Aquí en la cárcel, los derechos humanos son vulnerables por*

*infinidades de cosas, partiendo por la salud” (Mujer CCP Los Andes).*

Luego, al momento de conversar sobre la significación del Derecho a la Salud, a nivel general, se puede apreciar que gran parte de las personas privadas de libertad reconocen lo esperable de su garantía, vinculado a la atención médica sin restricciones desde lo económico, a acciones tales como: un acceso oportuno en tiempo y calidad, el acceso a tratamientos en concordancia a las patologías presentes en sus vidas, y en segundo lugar, es reconocido como un semillero para la consecución de una vida digna y saludable.

*“Ser atendido como ciudadano. Recibir tratamientos de acuerdo a mi enfermedad” (Mujer CCP Los Andes).*

*“El derecho a la salud. Es tener una buena atención. Un buen trato, una atención adecuada” (Hombre CCP San Felipe).*

*“El derecho a la salud es cuando uno recibe una atención médica a tiempo; todos tenemos derecho a una buena salud gratuita para todos...derecho a la salud es igual a una vida sana” (Mujer, CCP Los Andes).*

Por otro lado, las personas logran identificar y dar cuenta de los nudos críticos presentes en la gestión penitenciaria, para ejercer el Derecho a la protección de la salud, ubicando, como eje central, la debilitada orgánica con la que se cuenta para el acceso a la atención de salud y la escasez de recursos humanos, principalmente de médicos. En este marco aparece en los relatos la identificación de acciones que atentan a sus propias vidas, y que son ejercidas en pro de acceder a la atención.

*“...las funcionarias no nos pescan cuando decimos que estamos enfermas. Dependemos de un cupo y que a la funcionaria le caiga*

bien para que recién me lleven al paramédico. Tenemos que estar en coma, sin poder pararnos...” (Mujer, CCP Los Andes).

“De ninguna manera; no tenemos voto, menos palabra; aquí y en muchos lugares de Chile, no hay médicos”(Hombre, CPP San Felipe).

“Acá en este lugar a veces hay que apuñalarse para ejercer la salud. Haciendo huelga de hambre como, por ejemplo, cosióndote la boca, no tomar ni agua” (Hombre, CCP San Felipe).

A la luz de los testimonios de los internos, surge la controversia sobre la significación del derecho a la protección de la salud, entre los actores que pertenecen a las instituciones vinculadas, y visión de las personas privadas de libertad. Para los primeros, el reconocimiento a la garantía constitucional existe y se manifiesta en esfuerzos, a través de vías normativas, de disposición de recursos y colaboración interinstitucional, mientras que el relato de los segundos, muestra lo lejos que están éstos esfuerzos de los organismos estatales y locales de lograr satisfacer el derecho a la protección de la salud, y el acceso a las acciones de salud, aún más, los relatos de los internos dejan en evidencia graves situaciones de vulneración a los derechos humanos de protección de la vida y la integridad física y psíquica de la persona, y su dignidad.

#### 7.5.- EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO

El ejercicio de derechos, por parte de la población penitenciaria, tiene condiciones de sustrato que operan como apresto para el contexto carcelario. La nula formación ciudadana que reciben los chilenos, en general, y, quienes forman parte de los bolsones de pobreza en particular, precariza y aumenta las posibilidades de que sus derechos sean vulnerados.

La sensación permanente de la población penal es de que “no tienen derecho”, lo cual es falso, pues estando privado de libertad, solo se pierde el derecho a la movilidad.

En el mejor de los escenarios, en el cual los sujetos logran reconocerse a si mismos como sujetos de derecho, establecen que inevitablemente están en un contexto en donde sus reparos ante la vulneración de estos siempre tendrá una sanción directa o indirecta por parte de gendarmería. “El hilo siempre se corta por la parte más delgada” señalan y esa parte siempre son los mismos: los presos.

En tal contexto la reivindicación asociada al respeto a sus derechos los enfrenta a dos caminos: la confrontación a través de la denuncia frontal usando las redes sociales y la otra, la ejecución de estrategias más protegidas para poder hacer llegar a la autoridad, las dificultades o vulneraciones que se enfrentan, siempre a riesgo de ser sancionado.

Es, por esta razón, que nadie reclama si es agredido verbalmente y, tampoco, lo hacen si se les pasa la mano a los gendarmes al usar la fuerza en los allanamientos. Esos son dolores de hombres, dolores marginales, dolores sin valía, en una cultura patriarcal, donde la violencia es un lenguaje compartido en este contexto.

Así, el derecho a la salud, al bienestar del cuerpo, el cual en teoría se debiera brindar homologando las condiciones de las personas que están en libertad, presenta brechas significativas.

*“Pero el tema es que, son personas igual que nosotros y que todos los ciudadanos....el presupuesto de salud del país debería considerar a estas casi cincuenta mil personas que están privadas de libertad, pero efectivamente, gendarmería es la que tiene recinto de salud pagado, el personal pagado con presupuesto de*

*gendarmería, los medicamentos e insumos, es pagado del presupuesto de gendarmería, salvo los pacientes crónicos, con VIH o patologías GES” (APN1).*

*“El derecho a una vida familiar y social adecuada y entonces, garantizar las visitas, garantizar el contacto con las familias, determinadas formas de comunicación, etcétera y eso normarlo y llevar, así como acreditamos los hospitales en calidad, acreditar las cárceles en seguridad para la población penitenciaria. Pero eso requiere formar a los gendarmes de nuevo, porque, o sea, nos cuesta a nosotros como equipo de salud hacer los switch y gente profesional que se supone que está en el sector por un ideal” (AOL2).*

La revisión de las entrevistas de los actores que participan directa o indirectamente en la implementación de políticas de salud penitenciaria, jamás señalan acciones que permitan evidenciar que las personas privadas de libertad cuentan con mecanismos conocidos y ocupados para poder canalizar sus legítimas demandas.

No se señala, ni existe evidencia alguna, de la existencia de organizaciones o representantes de los presos como contrapartes para que la autoridad pueda en conjunto con ellos, establecer acuerdos, propuestas o acciones conjuntas que permitan abordar las brechas que se pueden resolver, simplemente articulando esfuerzos.

*“...dijéramos “ya chiquillos, les vamos, los vamos a ubicar, les vamos a hacer una buena limpieza, vamos a pintar, vamos a fumigar, vamos a colocarles tarros de basura, pero ustedes, pucha, por favor cuídenlo, hagan sus camas, ventilen”... sería fantástico, no tendríamos esos problemas. Pero tenemos una población, que por el nivel de precariedad, ya sea educacional, emocional, familiar,*



*funciona en contra de lo que el Estado le quiera poder entregar, entonces, insisto, a veces en ese punto llegamos tarde, entonces, no basta con querer y entregar todo, porque tú a veces puedes cambiar los WC, y a los dos o tres días los tienes completamente roto” (AOR2).*

Si los derechos gozan de invisibilización por parte de la población penitenciaria, los deberes de las personas privadas de libertad se fragmentan en un escenario en donde la relación con gendarmería se caracteriza por ser friccionada.

Por otra parte, el deber ser, las acciones asociadas al cuidado del cuerpo y del ambiente en que este se desenvuelve, se disipan con facilidad en espacios de hacinamiento en donde las responsabilidades se diluyen y la posibilidad de coordinar la voluntad de un gran número de personas para ser funcional en un ambiente que debiera homologar las condiciones del hogar que se habita, encuentra en general ripio en el actuar.

*“Son metas nuestras pero son metas que tienen que ver con priorizar la salud de las personas, porque los índices de actividad en salud, se ponen porque nosotros no podemos abarcar todo, porque tiene que existir una priorización, es lamentable que, a pesar de haber hecho esos esfuerzos desde salud, los usuarios sigan teniendo esta percepción, probablemente una debilidad nuestra, pero también es una debilidad del sistema donde ellos están viviendo hoy día y tenemos que juntarnos todos, para ver en que podemos nosotros aportar para que esa debilidad no exista y también tenemos que saber decirle a la población privada de libertad que la responsabilidad de la salud es de ellos, porque ellos a pesar de estar privados de libertad pueden tener un plan de actividad física, pueden hacer autocuidado no cierto, evitando el tabaco por ejemplo, pueden alimentarse de mejor forma si la institución está de*

*acuerdo con trabajar integradamente con nosotros respecto de cómo puede una nutricionista asesorar o evaluar cómo están alimentándose ellos que tampoco lo sabemos”(AOL3).*

A modo de síntesis se puede señalar que, en general, los actores políticos (AP) conocen en parte los lineamientos normativos para el quehacer en el ámbito de salud en las cárceles, sin embargo, desconocen su real alcance en la realidad de la vida cotidiana del sistema penitenciario. Por otro lado, los actores operativos, desconocen los lineamientos y responsabilidades institucionales en donde se visibiliza un vacío respecto a la gestión.

En la implementación se evidencia un deber ser desde la contingencia, en donde se carece de una planificación estratégica. En las respuestas respecto a ¿Cómo se significa a las personas privada de libertad, la cárcel como institución pública y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud, en dicho contexto?, pareciera ser que es allí donde encontramos el principal nudo crítico para la real posibilidad del ejercicio del Derecho a la Salud, pues, precisamente, el pensar, sentir y hacer de quienes convergen en este ámbito es lo que determina el cumplimiento de la normativa vigente, determinando la priorización de recursos y el levantamiento de propuestas de mejora estructurales para dicho espacio.

En este sentido, se hace necesario colocar en valor la mirada socio-histórica de la salud penitenciaria, como un problema vinculado a la disposición ético- política de la salud, como derecho, con el fin de generar conocimiento que aporte a la construcción de una mejor salud y calidad de vida de las personas privadas de libertad, reconociéndolos como seres sociales, sujetos de derecho y agentes de cambio.

En esta parada, comenzaron a aparecer las primeras controversias, preocupaciones, compromisos éticos-políticos, pero, por sobre todo, la sensibilización del sujeto y la proyección de mejoras.

**OCTAVA PARADA: PROYECCIONES Y SUGERENCIAS DESDE LAS NARRATIVAS, DE LOS ACTORES SOCIALES A NIVEL NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL.**

Colocar a los distintos actores en diálogo sobre el ejercicio del Derecho a la Salud en los contextos carcelarios, permitió tensionar los discursos y transitar desde el desarrollo y evidencia del reconocimiento de las problemáticas para su ejercicio hacia una propuesta de mejora amplia, que concentra ideas, sueños y proyecciones desde la resignificación del rol del Estado en esta materia hasta un plan de mejora concreto en la gestión institucional.

A continuación, se presentan los principales puntos de encuentro, entre ellos la necesidad de rediseñar un modelo de atención, que sea fortalecido por la gestión intersectorial, aumentando el recurso humano y las acciones de saneamiento básico, así como también la calidad y condiciones de entrega de los alimentos. Finalmente, se coloca en valor la necesidad de avanzar en la habilitación laboral como un foco central de atención para el momento del retorno.

**Cuadro N°5**

**Proyecciones y sugerencias a la Política Pública de Salud en los contextos carcelarios, desde la voz de los actores sociales a nivel nacional, regional y local.**

Actores Políticos	Actores Operativos Regionales	Actores Operativos Locales
-Establecer instrumentos normativos- jurídicos que posibiliten la aplicabilidad de la estrategia nacional de salud hacia este sector, reconociéndolo como	-Se sugiere avanzar en un trabajo con mayor coordinación en donde interactúen los distintos ministerios. (Salud, Educación, Justicia etc.).  -Fortalecer el desarrollo	- Se sugiere diseñar un dispositivo de atención que permita realizar un diagnóstico de salud de toda la población privada de libertad, considerando al menos la realización de un examen de medicina

<p>uno de los más vulnerables.</p> <p>-Rediseñar el modelo de gestión en con el fin de fortalecer la salud penitenciaria.</p> <p>-Generar políticas públicas de salud, en donde se aborden acciones de promoción y prevención más que de curación.</p> <p>-Inyectar recursos y/o aumentar los presupuestos en el ámbito de salud penitenciaria.</p> <p>-Creación de una ficha clínica electrónica de atención.</p> <p>-Desarrollar una mesa de Promoción de la Salud.</p> <p>-Fortalecer el sistema de bodega de la</p>	<p>de informes cuyo objetivo sea generar propuestas de mejora, pues ello se omite, fundamentando que en el sector público por cultura no sanciona al mismo Estado.</p> <p>-Se requiere romper con el paradigma de que la salud es meramente asistencial y avanzar en una concepción más amplia de la salud.</p> <p>-Se sugiere mejorar la coordinación local, a través de mesas de trabajo, que puedan contar con facultades y recursos propios para la implementación de planes a largo, mediano y corto plazo, en las cuales se debe contar con la presencia de autoridades políticas locales como referentes de las instituciones gubernamentales, en donde el foco este en la</p>	<p>preventiva, con el fin de propiciar un plan de intervención.</p> <p>-Se sugiere definir el rol sanitario dentro de las cárceles y la necesidad de un trabajo desde el enfoque de derechos.</p> <p>-Se sugiere que se convoque a una institucionalidad paralela a Gendarmería que represente a las personas privadas de libertad como sujetos de derechos.</p> <p>-Se sugiere que las personas privadas de libertad tengan un comité de usuarios, asimilando el rol que cumplen los Consejos Cultivos en la Atención Primaria.</p> <p>- Se propone impulsar la ampliación de los Centros de Educación y trabajo y/o construcciones nuevas, los se visualizan como un</p>
---	---	--

<p>farmacia central y farmacia del Hospital Penitenciario.</p> <p>-Aumentar la cantidad de profesionales en el ámbito de salud que trabajan en la cárceles.</p> <p>-Mejorar la distribución de las horas médicas, dispuestas semanalmente para las personas privadas de libertad.</p> <p>-Mejorar la infraestructura del Hospital Penitenciario.</p> <p>-Generar un plan de Gestión de Control de Plagas permanente en los carceles de Chile.</p> <p>-Fortalecer la telemedicina.</p> <p>-Avanzar en una atención con pertinencia intercultural para las personas privadas de</p>	<p>política y no en la sectorialidad.</p> <p>-Avanzar en la sensibilización de los actores políticos, a través de los Comités Técnicos Asesores (CTA), los cuales son el espacio de coordinación Intersectorial de los Servicios Públicos presentes en la Provincia, convocados por el Gobernador .</p> <p>- Realizar diagnósticos, establecer propuestas e inyectar recursos, para la mejora de las condiciones de saneamiento básico.</p> <p>-Mejorar la calidad de la alimentación y su forma de distribución, considerando condiciones dignas para ello.</p> <p>- Generar capacitaciones en manipulación de alimentos a las personas privadas de libertad que</p>	<p>referente en cuanto a las condiciones dignas de habitabilidad y de vida, pero por sobre todo como refuerzo de una positiva salud mental.</p> <p>-Se requiere fortalecer proyectos de lectura.</p> <p>-Se sugiere ubicar el tema de salud en los contextos carcelarios, el que nunca ha estado.</p>
---	---	---

<p>libertad desdecendientes de pueblos originarios.</p> <p>-Adquisición de Kit rápidos para la detección del VIH-SIDA</p>	<p>preparan los alimentos.</p> <p>-Propiciar mejoras en el desarrollo de habilidades laborales.</p>	
---	---	--

Por otro lado, desde las narrativas de las personas privadas de libertad expresadas en las bitácoras personales, se rescatan los deseos y sueños propuestos, tanto para el contexto carcelario actual, como para la instancia de retorno al medio libre.

Dentro de las proyecciones señaladas por las personas privadas de libertad participantes en este estudio, se puede dar cuenta de las siguientes propuestas:

1.- Las personas logran concebirse c como sujetos de derechos y resignifican en el transcurso de los días la salud como un derecho, que se debe respetar y garantizar.

*“El derecho que no seamos vulnerados, que hayan chequeos médicos...el derecho a que no nos vulneren como persona”(Mujer, CCP Los Andes).*

*“me gustaría un cambio y que valoricen tal como somos, que no nos discriminen y que haya más derecho a la salud y oportunidades para reinsertarnos a la sociedad” (Mujer, CCP Los Andes).*

2.- Mencionan elementos y proyecciones relacionadas con la atención de salud, demandando el derecho a la atención, su gratuidad, calidad y trato digno, lo que implica, ser escuchados y no discriminados. En este mismo punto, se sugiere

mejorar la infraestructura de los espacios de atención de salud disponibles en en el contexto carcelario.

*“El derecho, que no seamos vulnerados, que hagan chequeos médicos, ya sea especialistas y matronas, que haya médicos dentro de la cárcel...tener un espacio solamente para ser mejor atendido, tener paramédico las 24 horas para atención de urgencia, no estar esperando meses para ser atendido de una enfermedad” (Mujer, CCP Los Andes).*

*“En un centro penitenciario de implementación de pena es muy difícil reflexionar sobre temas de derechos a la salud porque en estos lugares eso no existe. Como pensamiento para poder mejorar este sistema, es mucho más de fondo que solo la salud. Es un problema de fondo, devenido por leyes mal formuladas y peor aplicadas. La culpa de esto no solo es responsabilidad de los gobernantes, sino que es de la sociedad en la que vivimos que tolera más de lo necesario y es indiferente a sus enfermos” (Hombre, CCP San Felipe).*

*“Tener un box solo para atención de internos” (Hombre, CCP San Felipe).*

3.- Por otro lado, los participantes sugieren avanzar en la disponibilidad del recurso humano de salud, con el fin de cubrir las necesidades de atención en los distintos establecimientos penitenciarios.

*“Ginecólogos, psicólogos, nutricionistas, podólogos para los adultos mayores que sufren diabetes y dentistas” (Mujer, CCP Los Andes).*

*“Que haya doctores, especialistas dentro de este lugar, que fuera mejore el trato y que se pusieran en mi lugar” (Mujer, CCP Los Andes).*

*“cuerpo...que respeten al interno como persona...mente más psicólogos. Más profesores de educación física” (Hombre, CCP San Felipe).*

4.- En el marco de propuestas, también se coloca en valor la necesidad de propiciar oportunidades de formación y capacitación laboral, identificándolo como un punto clave para su reinserción social. Focalizan de esta manera, con fuerza, la necesidad de avanzar hacia en el reconocimiento del derecho al trabajo digno, tanto en el contexto de encierro, como en el contexto extracarcelario.

*“Me gustaría un cambio y que valoricen tal como somos, que no nos discriminen y que haya más derecho a la salud, a las enfermedades y oportunidades para reinsertarnos a la sociedad, que nos tomen en cuenta que somos capaces de demostrar oportunidades ya sea capacitándonos en trabajos como labores para nuestra libertad”, “talleres para poder rehabilitarnos, taller de emprendimiento” (Mujer, CCP Los Andes).*

*“solo una vez que cambie el sistema de las cárceles a nivel país, con nuevas oportunidades para ayudar a nuestras familias las cuales como la mía están solos, mi mujer y mi hijo de tres años. Soy uno más de los tantos padres que necesitamos un trabajo para dar un plato de comida digno a mi hijo y cónyuge, pero este sistema nos tiene más empobrecidos que cuando estábamos en libertad. Aquí las ideas sobran, hay una infinidad de buenos maestros, carpinteros, gasfiter, albañiles, maestros, soldados, topógrafos, empresarios de transporte, tantos que haríamos mucho más que solo gastos al país. Acá en Chile falta una directiva que de soluciones a las cárceles, separar delitos porque lo que no sabe uno aquí lo aprende en horas. La solución para mi persona es dar trabajo, trabajo en pequeños*



*talleres que serán grandes en un mañana” (Hombre, CCP San Felipe).*

Finalmente, en la última sesión de trabajo de los círculos de reflexión, se propició el desarrollo de una actividad en pequeños grupos de trabajo, en donde las personas colocaron a disposición del colectivo, los sueños y proyecciones para el desarrollo del buen vivir en el contexto carcelario. Lo anterior, fue trabajado gráficamente, en una pirámide, desarrollada en tres niveles: el primero vinculado a nivel de la política pública, el segundo a nivel de la Institución de Gendarmería y el tercero a nivel individual. A continuación, se presentan los principales puntos de convergencia que surgieron como producto del diálogo colectivo desarrollado.

#### **Cuadro N°6**

#### **Sueños y proyecciones propuestos de manera colectiva, para el desarrollo del buen vivir en el contexto carcelario**

<b>A nivel de la Política Pública</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mejorar el protocolo para el acceso a la atención.</li><li>- Instalación de Servicios de atención de urgencia en las unidades penales.</li><li>- Mejorar el acceso a la atención de especialistas.</li><li>- Potenciar un servicio de salud gratuito y eficiente.</li><li>- Mejorar el abordaje de la salud bucodental de manera integral.</li><li>- Integrar un protocolo de visitas y supervisión, permanente, por parte del Ministerio de Salud.</li><li>- Incorporar un servicio de atención psicológica y terapéutica permanente.</li><li>- Integrar un servicio de nutricionista.</li><li>- Propiciar el ámbito de promoción y educación para la salud.</li><li>- Mejorar el acceso a los medicamentos e incorporar una mayor oferta disponible.</li><li>- Articular un protocolo de derivación para el acceso a la atención oftalmológica.</li></ul>

- En las cárceles de mujeres propiciar el acceso a la atención ginecológica.
- Disponer de un protocolo de visitas, que propicie un mayor acercamiento con las familias.

#### A nivel de Gendarmería de Chile

- Incorporar un servicio de nutricionista que permita mejorar la alimentación y supervisión de los espacios en donde se producen los alimentos.
- Propiciar el acceso a alimentos sanos y saludables.
- Habilitar un espacio para recibir la alimentación de manera digna.
- Incorporar un servicio de fumigación permanente para erradicar las plagas de chinches y ratones.
- Mejorar la propuesta de acceso al trabajo digno, encauzado a la búsqueda de oportunidades laborales, en pro de la reinserción laboral.
- Incorporar un plan de capacitación permanente que propicie la habilitación laboral.
- Generar una propuesta que permita la continuidad de estudios, después de haber cursado la enseñanza media.
- Potenciar el área de deporte, recreación y cultura.
- Incorporar espacios para realizar actividad física de manera autónoma.
- Mejorar las condiciones de los baños para posibilitar el despliegue de una higiene adecuada.
- Integrar un servicio de atención de salud mental, oportuna y de calidad.
- Integrar talleres terapéuticos y medicinas alternativas para el manejo de las emociones, como, por ejemplo: yoga, arteterapia y musicoterapia.
- Potenciar un trato digno, basado en el enfoque de derechos humanos, permitiendo situar a los sujetos como personas y por su nombre.
- Facilitar un trato adecuado con las visitas. (Familiares y amigos).
- Generar una propuesta de mejora al plan de visitas, en cuanto a los tiempos estipulados para ello.
- Visibilizar un rediseño de los espacios de espera, en los que las familias se agrupan para su ingreso (pensar en los niños y niñas, adultos mayores, personas embarazadas)

- Fortalecer la vida comunitaria dentro de los recintos penales.
- Incrementar la oferta de libros en las bibliotecas, para fomentar el hábito lector.
- Avanzar en un plan de reinserción social, laboral y familiar.

#### **A nivel individual**

- Realizar acciones de autocuidado.
- Dejar de automedicarse.
- Dejar de fumar.
- Generar ingresos para colaborar con las familias.
- Ocuparse de la alimentación.
- Tener rutinas de actividad física.
- Propiciar una buena sexualidad.
- Generar espacios para la aceptación y el cambio.
- Compartir las emociones y problemas, propiciando tiempos protegidos para ello dentro del grupo.
- Avanzar en el abordaje de la empatía y tolerancia hacia uno mismo y, hacia los demás.
- Potenciar la vinculación con lo espiritual y religioso.
- Situarse como sujetos de derechos para expresar las ideas, sin miedo.
- Incorporar el gusto por la lectura.

## **NOVENA PARADA: CONTROVERSIAS IDENTIFICADAS EN VINCULACIÓN CON LOS PRINCIPALES HALLAZGOS PRESENTADOS.**

Una vez transitado el camino de los principales hallazgos, se pueden precisar un cuerpo de controversias que permiten visibilizar y colocar en valor las narrativas de los distintos actores y su vinculación o no con los documentos jurídicos- normativos analizados. Entre ellas destacan:

***1.- “La relación Estado y Sociedad a partir del modelo político- económico imperante en Chile se encuentra quebrantada, y, por ende, los ideales de la Constitución Política del 80, no son posibles de alcanzar”.***

Chile es un país en vías del desarrollo. Su PIB le ha permitido situarse en el selecto grupo de países de la OCDE. Sin embargo, su crecimiento desigual ha generado bolsones de pobreza, en los cuales, las oportunidades acotadas de los menos favorecidos, junto con el desplazamiento a ghettos marginales han ido generando condiciones para que el actuar al margen de la ley, generando delincuencia, sea una realidad.

El crecimiento económico es controversial con los índices de pobreza y el nivel de endeudamiento de la población. El Estado se encuentra carente de medios, ante una población que exige que se avance hacia el bienestar social. En la actual Constitución Política de 1980, y pese a sus modificaciones, se instauró un modelo económico en que el Estado solamente podrá intervenir en actividades económicas cuando los particulares no puedan o no quieran hacerlo, y para ello requiere de una Ley de quorum calificado que le autorice. Ante tales limitaciones ordenadas en la misma carta fundamental de nuestro país, cómo es posible que el Estado garantice a sus ciudadanos un mayor bienestar social y económico a las personas, si se encuentra carente de medios para hacerlo, y los gobernantes han perpetuado un modelo en que inclusive los servicios públicos básicos han sido entregados a la explotación económica.

La consecuencia ha sido una total disociación entre las exigencias de la ciudadanía por educación y salud de calidad, acceso a la vivienda y seguridad social y las medidas adoptadas por los gobiernos de turno.

En Chile, los espacios de prensa de los medios de comunicación suelen ser auspiciados por empresas de seguros. En tal sentido cabe preguntarse: ¿quién compraría un seguro de vida, de robo o de siniestro si tiene la certeza de vivir en un país seguro? Una ciudadanía, con miedo, paga por alarmas, por cercos eléctricos, por la cobertura de un seguro ante la eventual catástrofe etc.

En este sentido, el modelo neoliberal es una máquina muy bien engrasada, en la que cada una de sus piezas del engranaje debe funcionar bien, para garantizar el rédito económico. En este escenario, tener una “fábrica de miedo” es crucial para activar el mercado.

El temor ciudadano ante un enemigo conocido, como es la delincuencia, no sólo disminuye la calidad de vida, también atrae el florecimiento del negocio de la vigilancia, ante la demanda de seguridad. De este modo, el miedo que genera la delincuencia no siempre es una catástrofe social, es, también, una buena oportunidad de acumulación de riqueza.

El Estado administra las coordenadas en la que se despliega el modelo. Los actores funcionan en el aparato público ofreciendo garantías que permitan a la clase dominante asegurar ciertas condiciones, a través de las acciones u omisiones públicas, que sean necesarias para que el negocio prospere.

De acuerdo a la Constitución Política, el Estado está al servicio de las personas y su finalidad es promover el bien común, debiendo crear condiciones sociales que permitan a cada individuo alcanzar su mayor realización espiritual y material posible, ante ello, cabe preguntarse si ¿El Estado actualmente está tomando las medidas

para lograr con tal cometido?, pues, las demandas de la población son cada vez más, mostrando la total escisión entre el Estado y la Sociedad.

**2.- “En cuanto a la significación de la cárcel como institución pública existe un desacople entre el ideal propuesto por los instrumentos jurídico normativos y las narrativas presentes en los discursos de los distintos actores”.**

El Presidente Sebastián Piñera, perteneciente a la clase empresarial de Chile, uno de los empresarios más ricos del mundo, según Forbes, electo dos veces como primer mandatario, instaló desde su primera campaña de gobierno, como promesa de su programa de gobierno, la lucha contra la delincuencia y el fin de la “puerta giratoria”, aludiendo a que se detendría el flujo de entrada y salida permanente de delincuentes que gozan del beneficio de la libertad con (según él) mayores garantías que las que realmente merecen, brindadas por un Estado que no controla ni vigila de la forma esperada.

De acuerdo a la promesa pública, lo natural sería entonces activar dos caminos mínimos en la escena pública:

- Perseguir a los delincuentes contando con una policía con todos los dispositivos necesarios para su accionar.
- Una vez detenidos tras las rejas los delincuentes, la tarea inevitable habría de ser la rehabilitación y la reinserción para poder garantizar que el paso por los centros penitenciarios tenga valor público, más allá del controlar y vigilar.

Luego, toda vez que el primer paso sería “mantener a los delincuentes tras las rejas”, surge la cuestión acerca de la capacidad de los centros penitenciarios en nuestro país, y las condiciones en las que estas personas serían mantenidas en los centros penitenciarios. A la luz de esta investigación, queda de manifiesto que el Estado no cuenta con la infraestructura suficiente para sustentar condiciones de vida dignas para las personas privadas de libertad.

Surge entonces la significación de la cárcel y el rol que cumple en la política de gobierno sobre la delincuencia, pues, esto involucra por un lado, que se deben respetar todas las garantías constitucionales y legales que establecen las condiciones que permiten al Estado imponer a una persona, ya sea la restricción de su libertad personal, como la aplicación de una pena de privación de libertad, pero luego, supone supervisar las condiciones en la que esa persona debe cumplir la pena de cárcel, manteniendo el debido respeto a sus derechos humanos que la Constitución declara.

La Ley Orgánica de Gendarmería le atribuye a esta institución la responsabilidad de atender, vigilar, y contribuir a reinserir socialmente a los reclusos. La controversia se manifiesta en que Gendarmería, debido a la carencia de recursos para cumplir con tales propósitos, limita su función en la práctica a la vigilancia, pues se manifiesta que el estado actual de algunas cárceles sólo permite a Gendarmería cumplir con el deber de vigilar, mientras el cuidado y la contribución a su reinserción social pasan a segundo plano, por la falta de recursos materiales y económicos para hacer frente a esos mandatos.

La reinserción sólo es posible en la medida que se ofrecen condiciones mínimas para poder asegurar la conciencia de delito y para poder recibir herramientas que permitan retomar la vida en libertad, disminuyendo las posibilidades de reincidencia.

Terminar los estudios, aprender un oficio que permita enfrentar la vida laboral sin necesidad de delinquir, fortalecer los lazos familiares que den sentido a la reinserción, resultan vitales para alcanzar con éxito la tarea y, por ende, contar con un entorno que garantice la salud física y la salud mental, resultan clave para garantizar que el proceso de reinserción se realice de acuerdo a lo esperado.

Estas garantías se despliegan esquivas en la sociedad neoliberal desigual. Ser pobre en Chile ofrece menos posibilidades para desplegar las potencialidades de desarrollo humano, que cada uno de sus habitantes tiene. Ser pobre y estar privado

de libertad agudiza aún más esta condición, sumando una capa más de vulnerabilidad al contexto y a cada individuo.

La apuesta entonces se desacopla, genera una controversia. La promesa pública y la bandera de lucha que lleva al poder y que parece funcional a los bordes destinados al mercado, se fracturan. Tarde o temprano algo no corta ni pega. Pareciera que todo funcionaría mejor, sin embargo, el juicio podría arrojar que no funciona o por el contrario, funciona demasiado bien.

En general, los sectores acomodados y los poderosos de siempre no son perturbados por la delincuencia. El Estado asegura que las viviendas del caldero de pobreza, estén lejos de los adinerados. La clase media sufre, principalmente, los embates de los antisociales, de este modo, entonces, la delincuencia no es tan grave: no los afecta mayoritariamente a ellos. Por esta razón, el problema es lo suficientemente grave como para alentar el consumo asociado a la seguridad, pero no tanto, como para poder implementar medidas que garanticen que después de cumplir la condena una persona que ha estado privada de libertad podrá reinsertarse en la sociedad, con un trabajo que le permita obtener los recursos que en gran medida le hagan decidir dejar el delito para tener una vida noble.

En este contexto, la inacción, el “no tema” caracteriza el actuar de la dirigencia política y, también, de los funcionarios que se limitan a operar en los márgenes que el modelo weberiano dispone para ellos.

***3.- “La persona privada de libertad desde el mundo comunicacional y público es significada como la escoria de la sociedad, anulada, invisibilizada y carente del ejercicio de sus derechos, lo que toma distancia de los argumentos que se dan en los distintos instrumentos jurídico normativos para su visibilidad como sujetos de derechos”.***



Desde el punto de vista jurídico, tanto los instrumentos internacionales como la Constitución Política de Chile, reconocen la existencia y garantía de los derechos humanos o derechos esenciales de la persona, en igualdad de condiciones. Dichos instrumentos, establecen catálogos de derechos que son atribuidos como derechos fundamentales de todos los seres humanos, universales e inherentes a ellos. En consecuencia, todo ser humano, como sujeto de derecho, es decir, como actor al cual se le atribuyen derechos y obligaciones por el ordenamiento jurídico, puede exigir el respeto de sus derechos humanos.

Luego, si una persona comete un crimen o delito, y es condenado por un tribunal de la República, cumpliendo todos los requisitos legales, y es, efectivamente sentenciado a cumplir una pena de privación de libertad, como manifestación del poder punitivo del Estado, en pos de mantener el orden y la paz social, entonces surge como primera controversia, entre lo dispuesto en los instrumentos jurídicos y los relatos recabados en esta investigación, que al parecer, al imponerse a una persona tal sanción, se le conculcan también otros de sus derechos humanos reconocidos por el ordenamiento jurídico, como el derecho a la integridad física y psíquica, el derecho a la protección de la salud, derecho a la educación, el respeto y protección de la vida privada, el derecho a voto, entre otros, y que, por su situación de invisibilidad y relegación social, pareciera que los sujetos de derecho pierden la facultad de exigir su garantía.

***4.- “La acción de la salud penitenciaria se narra de manera acotada, reducida a la atención de enfermedades y curso mediático de acciones en pos de abordar brotes epidémicos, sin considerar las distintas directrices dispuestas por los instrumentos jurídicos administrativos, en donde se coloca en valor el resguardo de la vida digna, la integridad física y mental”.***

El modelo neoliberal instalando en Chile marca el por qué el mercado ganó espacio en la esfera pública, consolidando su influencia en la Constitución Política de 1980, fruto de la dictadura militar de Augusto Pinochet.

En este contexto una cantidad importante de derechos fueron subyugados, abriendo una puerta enorme a los empresarios, como prestadores privilegiados, inclusive de servicios públicos que, anteriormente el Estado podía proveer, pero cuya iniciativa se encuentra ahora subyugada a la aprobación legal del Congreso.

Es así como la Constitución se limitó sólo a garantizar el derecho al acceso libre e igualitario a las acciones de salud, que son suministradas por el sistema público y el sistema privado. En este escenario, el sistema público ha mostrado graves deficiencias para lograr atender a la población en el momento oportuno, manifestado en las largas listas de espera para acceder a una atención especializada, el suministro limitado de medicamentos y tratamiento, imposibilidad de otorgar cobertura en caso de enfermedades poco frecuentes o catastróficas, entre otros. Las poblaciones pertenecientes a los quintiles más pobres, que, usualmente, no tienen la posibilidad de costear su afiliación a un plan de salud privado, ejercen con laxitud su derecho de acceso a las acciones de salud, siendo atendidos en el sistema público que suele ser lento e ineficiente.

En tanto, aquellos adscritos al sistema privado, logran acceder a atención médica con mayor rapidez, y, en consecuencia, quien más paga, más derechos tiene y los servicios son prestados con mayor calidad y rapidez.

Ante tal situación, la controversia entre los dispuesto en los instrumentos jurídicos sobre la garantía al libre e igualitario acceso a las acciones de salud no se cumple, al menos, no se está cumpliendo en el sistema de salud pública y con mayor distancia en los contextos carcelarios.

***5.- “La Constitución no garantiza el Derecho a la Salud, los actores reconocen el derecho a la protección de la salud del que gozan las personas privadas de libertad, sin embargo se muestra como consenso que el Estado falla en la garantía de su acceso, lo cual infringe el principio de igualdad”.***

La percepción de los actores institucionales concuerda con lo dispuesto en Tratados Internacionales, la Constitución Política y las demás normas legales, que recogen el reconocimiento de los Derechos Humanos y, en particular, el derecho a la salud. En particular, existe una visión crítica a que la Constitución misma no garantiza el derecho a la salud, y ello, es efectivo, pues nuestra Carta Fundamental no define el concepto de salud, ni el derecho a la salud en sí mismo, sino más bien, la Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud, referido al acceso a las acciones de salud (promoción, protección, recuperación y rehabilitación).

Se evidencia la primera controversia, pues la garantía tiene su acento en el acceso a las acciones de salud, pero el sistema dual establecido desde la Constitución, basado en la articulación pública-privada, lleva a concluir que existen diferencias entre aquellos que acceden al sistema privado de salud de los que pertenecen al sistema público. Entonces, si bien los actores reconocen el derecho a la protección de la salud del que gozan las personas privadas de libertad, se muestra que el Estado falla en garantizar el acceso, lo cual infringe el principio de igualdad.

Una segunda controversia, con lo dispuesto en la Constitución Política, se encuentra en que el Estado está al servicio de la persona humana y es obligado a respetar sus derechos esenciales, tanto los reconocidos en la Constitución como en los tratados internacionales ratificados por Chile, luego, la pena que el Estado aplica a una persona, en virtud de una sentencia judicial firme, es el castigo o consecuencia retributiva de su actuar, es la manifestación de la sanción y de la fuerza punitiva del Estado, no obstante, dicha condena pareciera agravarse al someter a aquellos privados de libertad a cumplir la pena en cárceles, con condiciones deplorables de hacinamiento y salubridad, que lleva a que no sólo se le priva a la persona de su derecho de libertad de tránsito, sino de otras garantías, como el derecho a la salud.

Luego, atendido que la Ley le entregó al Ministerio de Salud, la tarea de elaborar e implementar las políticas públicas de salud, acorde a la Constitución, queda la

pregunta de qué medidas concretas está llevando a cabo el Ministerio de Salud para garantizar el acceso a las acciones de Salud de las personas privadas de libertad. Se observa que se han suscrito Convenios de Colaboración y se ha contribuido con la incorporación de la visión del respeto por los derechos humanos en el Reglamento de Recintos Penitenciarios, pero, asimismo, la realidad que continúan viviendo las personas privadas de libertad, muestra que el Estado continúa en deuda con esta población.

Por último, se vislumbra otra controversia en el acceso a las garantías de salud, pues acorde a la Ley Orgánica de Gendarmería y el Reglamento de Establecimientos penitenciarios, la atención de salud debe ser entregada a las personas privadas de libertad por las redes de salud pública, salvo que la persona pertenezca al sistema privado. Luego, en caso de hospitalización, se le deriva a un servicio público, salvo que la persona desee ser atendida en un recinto privado y pueda costearlo. Sin embargo, se observa que en la práctica no se cuenta con un sistema de información claro y accesible de la persona privada de libertad, primero, para determinar a qué sistema de salud está adscrito, y luego, si estuviera adscrito al sistema privado, al momento de requerir atención externa no se le consulta si desea ser atendido en el sistema privado, y ello se contrapone con el derecho a elección del sistema de salud.

***6.- “En cuanto a la implementación de la Política de Salud en el contexto carcelario, se puede dar cuenta una dispersión normativa, lo que configura controversias particulares en el enfoque de la política, el que sigue centrado en lo punitivo y reactivo, con un vacío en el conocimiento de los instrumentos disponibles por parte de los actores, lo que se refleja desde la institucionalidad en los marcos de acción y operatividad debido a que no existen canales y flujos que permitan documentar los avances, puesto que además se cuenta con un presupuesto reducido que no permite avanzar en mejoras estructurales”.***

Cuesta comprender que los actores políticos, tanto a nivel nacional como local, no focalicen sus esfuerzos en articular estrategias que les permitan a las personas privadas de libertad ejercer su derecho al acceso a la salud.

De sus propios relatos albergan y dejan entrever un discurso en donde los presos simbolizan aquello que Galeano llama “los nadie”, aun cuando, de manera incipiente y laxa el Estado si cuenta con instrumentos públicos que garantizan al menos un piso básico de atención de salud, partiendo por los Tratados Internacionales suscritos por Chile, lo establecido en la Constitución Política de la República, la Ley Orgánica de Gendarmería y el Reglamento de Recintos Penitenciarios, los convenios de colaboración entre los Ministerios de Salud, Justicia, Gendarmería de Chile, Fonasa y la Superintendencia de Salud y los planes operativos, autorizaciones sanitarias, convenios para atenciones por brotes, convenios con la academia, convenios de donación, entre otros.

Todos estos instrumentos, sientan las bases normativas sobre las que opera el sistema de salud chileno y, en particular, la forma en la que debe operar al interior de los recintos penitenciarios, pues deben reconocer las particularidades de la cárcel como comunidad. Sin embargo, no todos los actores conocen de su aplicación pues no se encuentran integrados, y si bien reconocen, que los derechos humanos de las personas privadas de libertad deben ser garantizados, dejan entrever que no se está cumpliendo con dicha garantía, cuestión que es expuesta, luego por los mismos privados de libertad, que de manera tajante y cruda, revelan que algunos hasta se autoinfringen heridas para ser atendidos con mayor rapidez por el dispositivo de salud intracarcelario. Frente a tales situaciones es plausible plantearse si acaso eso no demuestra la total vulneración de derechos a la que están sometidas las personas privadas de libertad, y el total fracaso en la protección que el Estado debiera garantizar.

Cabe señalar, que existe disparidad entre los centros penitenciarios. Uno de los factores que inciden en la disparidad de servicios entregados a las personas

privadas de libertad de un centro penitenciario a otro es, por una parte, la capacidad de gestión de los líderes locales y, por otra, la restricción presupuestaria que siempre está en disputa. Parte importante de los proyectos que se levantan para dar respuesta a una necesidad, se aspira a ser resuelto mediante concursos públicos en los que obviamente alguien pierde y alguien gana. Esto obliga a los centros penitenciarios a competir por la asignación de recursos destinados a mejorar las condiciones de vida de las personas privadas de libertad, e implica, desde el punto de vista de la persona que se encuentra recluida, que sus posibilidades de mejorar su situación de vida están determinados por la suerte de pertenecer o no al centro que se adjudique el concurso.

Como se ha señalado, es deber del Estado garantizar el respeto a los derechos humanos, pues cuando se trata de derecho a la protección de la salud, es preciso exigir que los organismos vinculados actúen. En este sentido, cabe señalar que el Estado actúa mediante sus órganos, en este caso, el poder ejecutivo, legislativo y judicial. En particular, el poder ejecutivo, dirigido por el Presidente de la República, es el encargado de dirigir al país y coordinar la elaboración e implementación de políticas públicas, a través de sus Ministerios. Luego, los Ministerios, como todos los servicios públicos centralizados y descentralizados, deben actuar de manera coordinada en la consecución de tales objetivos.

Cuando hablamos de Salud Penitenciaria, existe una institucionalidad asentada que debería actuar. En estos casos, se han detallado cuáles son esos organismos (Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gendarmería de Chile, FONASA), y las funciones que les corresponden, y si bien las bases jurídicas existen, se observa que no son por todos conocidos.

Uno de los instrumentos a los que han recurrido los organismos para apoyar la política pública de Salud Penitenciaria son los Convenios de Colaboración, como el mencionado que existe entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gendarmería de Chile, FONASA, no obstante, si los organismos no

actúan o no sientan procedimientos para asegurar que se cumpla el piso mínimo de los derechos de salud de las personas privadas de libertad, aquellos convenios quedan reducidos a meras declaraciones de buenas intenciones, pues lo que se requiere es adoptar medidas concretas y prácticas que se traduzcan en mejoras visibles para las personas privadas de libertad.

Finalmente, es necesario dar cuenta que existen puntos de encuentro importantes en las proyecciones y sugerencias desde la voz de los distintos actores sociales a nivel nacional, regional y local, que, sin duda, colocan en valor la necesidad de avanzar en una política de salud, con enfoque de derechos humanos, centrado en las personas como sujetos de derechos, con amplia mirada respecto a la concepción de salud y centrada en la promoción y prevención.

## **DÉCIMA PARADA: CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES Y DESAFÍOS A CONSIDERAR EN UNA PRÓXIMA PARTIDA.**

Clivaje, esa es la palabra que se utiliza para determinar el momento en que algo se bifurca, se divide y provoca un cambio que advierte, que de un modo u otro, ya nada será igual. En octubre de 2019, Chile enfrenta el clivaje más importante desde su retorno a la democracia y es, en este momento histórico, en el que se escriben las líneas de esta conclusión, la que no puede tomar distancia de lo trabajado en la investigación y las contingencias nacionales que conmueven a este país en estos días.

En Chile, la democracia tronzada hasta la saciedad y su sucedáneo de justicia social entregado por los gobiernos de la Concertación y, luego, por la Nueva Mayoría estrangulaban lentamente la voluntad de la ciudadanía. El discurso persistente que amenazaba con el botín de la memoria, de poner a los ciudadanos en la encrucijada ética de avanzar en la senda de la reconciliación o volver a los vestigios siempre omnipresentes de la dictadura, obligaban al ciudadano a tragarse lo injusto y lo inmerecido.

Intoxicados por el consumo, por el delirio de la apariencia, el vacío, la ansiedad y un malestar que de a poco fue presionando hasta concluir en una explosión social, que vio en la clase política en su conjunto, moros y cristianos, derecha e izquierda, los dueños de todos los males.

En los últimos diez años, con la alternancia en el poder de la derecha y el mundo progresista, se fue asentando el diagnóstico: no son tan distintos, el poder es un botín suculento para ambos y los réditos que se obtienen van a parar al poder económico liderado por la derecha y/o al poder político de la red de la izquierda que generaron un enjambre de circuitos de favores cruzados que los enquistó en el poder rompiendo el cable que los conectaba con las necesidades del Pueblo.

Las redes sociales permitieron descomprimir el monopolio de los medios de comunicación, aliado ineludible de la clase política que durante años ofició como



vocero de la clase gobernante. Hasta la saciedad vemos y seguimos viendo a los mismos actores del duopolio político, derecha e izquierda, ofreciendo las soluciones que siempre son para los “otros”, los “nadie”, nunca para ellos. Se hace política con la distancia del brazo: buena es la propuesta del sistema de salud que ellos nos ofrecen, pero nunca se atienden en los hospitales que levantan. Magnífico es el sistema de transporte que implementan, pero nunca toman los buses ni conocen los paraderos.

La investigación realizada culmina en el proceso del despertar de Chile.

Miles de voluntades desplegadas en distintos ámbitos contribuyeron a develar las fallas, las fisuras, las promesas falsas, los “no temas”, el despojo, lo que no se merecía. La perseverancia en la indagación profunda permitió evidenciar que las promesas de una democracia robusta y sus promesas de disminución de la desigualdad, era sólo una vitrina discursiva. Poco y nada se hizo, realmente para reparar los dolores del Chile que más sufre, que menos posibilidades de desplegar su desarrollo tuvo.

Indagar sobre la cárcel es escarbar en el Chile más pobre entre los pobres. “En Chile se encarcela la pobreza” es una de las frases más potentes que permite comprender que el objeto de estudio, tiene una muestra de todos los fracasos del Estado, de todas las fallas e inoperancias dispuestas en una escena en que, finalmente, la maldición de haber nacido pobre se paga con el cuerpo dispuesto tras los barrotes de la desigualdad.

Haber realizado esta investigación sobre el ejercicio del Derecho a la Salud en la formulación e implementación de la política pública del sistema carcelario de Chile, operó en lo práctico descubriendo las significaciones y controversias de un modelo que no funciona, que no tenía cómo hacerlo y que a nadie le interesó que funcionara.

La particularidad actúa sobre el objeto de estudio, pero, además es una metáfora de la indolencia de la acción, sobre los que importan menos, de los despojados,

delincuentes, presos y hoy titulados como “lumpen”, quienes a la luz de los hechos no son los únicos excluidos en un sistema que colapsó.

Esta investigación que inicialmente, sólo buscaba indagar sobre las significaciones y controversias, respecto del ejercicio del Derecho a la Salud en la formulación e implementación de la política pública de salud, permitió deconstruir también en parte, signos evidentes de los dolores profundos de la pobreza y su desigualdad en el modelo neoliberal instalado con mayor fuerza y, sin piedad alguna, en un Chile que operó durante años, como primus inter pares y referente internacional, claro, hasta que la ciudadanía despertó.

Ahora bien, al revisar las principales conclusiones, recomendaciones y desafíos que deja instalada esta investigación, es necesario dar cuenta que en la documentación de la formulación de la política pública de Salud Penitenciaria desde los marcos jurídicos y normativos institucionales, se puede concluir que en los documentos que dan soporte al ejercicio de los derechos humanos, no se observan controversias entre el sistema jurídico internacional y el nacional, pues, el primero por disposición de la Constitución está integrado a nuestro sistema interno.

Lo que sí existe, es una fractura en el reconocimiento del Derecho a la Salud en su amplia magnitud entre lo dispuesto en la constitución, las normas y la realidad descrita por los actores, en donde se manifiesta la distancia y escasa participación del Estado en el reconocimiento, protección y garantía del Derecho a la Salud, pues ello no se garantiza y la única garantía constitucional que ofrece el Estado es el acceso a la protección de la salud, lo que ha sido reforzado a través del modelo neoliberal, plasmándose con fuerza en la Constitución del 80, la que cedió al sector privado la potestad de invertir en el mercado de la salud.

En este contexto se fragmenta la vocación pública de entender la salud como un derecho, y se transforma en un bien de consumo en donde quienes pagan mejor, reciben a su vez mejores servicios, lo mismo ocurre a la inversa.

En este contexto la sociedad asumió, que bajo esas coordenadas iba a funcionar, sin embargo, incluso, la garantía del acceso a la salud, se ha vuelto una utopía, pues es un hecho público y notorio de que no se cumple y mucho menos en la población reclusa en las cárceles, lo que vulnera el principio de igualdad, en general, puesto que en teoría la persona privada de libertad podría atenderse en el sistema público o en el sistema privado según su elección y recursos, sin embargo, gendarmería no cuenta con recursos suficientes para responder en tiempos aceptables a las demandas de la población penal.

No obstante, por tratarse de un derecho de orden económico y social, lo que se le exige al Estado a nivel internacional, es avanzar en la cobertura o extensión de esta garantía, por lo que todos los avances que se han hecho en ampliar la cobertura de salud contribuyen a ello, y lo que está en entredicho es cómo se logrará que el acceso llegue también a las personas privadas de libertad.

Por otro lado, al momento de caracterizar la implementación institucional de la política pública de salud, dispuesta por Gendarmería de Chile, para los contextos carcelarios, se puede evidenciar que la salud dentro de la cárcel tiene particularidades propias que subyacen a la imposibilidad de ejercer la libertad de desplazamiento, sumado a la condición especial de que quienes conviven, quienes no tienen lazos familiares, ni de mutuo propio han decidido vivir juntos, por lo que las personas privadas de libertad, generan lazos particulares al cohabitar por largos períodos, en un espacio compartido.

En tal sentido, el simple hecho de garantizar el acceso a la salud no es suficiente, pues la salud colectiva tiene un foco holístico, para contrarrestar aquello que se ha naturalizado al formar parte de la cultura carcelaria como la insalubridad, las plagas de parásitos, las condiciones de hacinamiento, el desconocimiento de los derechos, la nutrición precaria, la carencia de acceso a la cultura, al ejercicio físico, a la ventilación, entre otras, condiciones que es imposible abordar desde la sola voluntad de los individuos.

Esto implica dos acciones básicas para poder responder a estas características especiales. Por una parte, se espera que los aspectos logísticos asociados al desplazamiento y a la prestación de servicios requeridos, sean suplidos con eficiencia y de acuerdo a protocolos conocidos por gendarmería. Lo anterior, incluye poder generar las condiciones para brindar un acceso real a las prestaciones de servicio que el Estado provee, lo que implica coordinar una atención intra carcelaria y extra carcelaria, en caso de ser requerida, tanto en el caso de los afiliados al sistema público, como en el caso de los afiliados al sistema privado. Sin embargo, este piso básico no es suficiente, puesto que las personas privadas de libertad están expuestas a factores de riesgo comunes y, en general, manejan menos herramientas para poder enfrentar dificultades de salud o para poder exigir sus derechos.

En este contexto la salud penitenciaria tiene bordes difusos, contenido inconclusos y está llena de zonas grises. De este modo se posiciona como un privilegio el acceso a la salud y no como un derecho. En este escenario el abordaje de la salud desde el enfoque de la salud colectiva se levanta como una acción reparatoria, pues permite abordar desde lo comunitario el andamiaje necesario para que se generen grupos de trabajo proactivos y protagonistas de los procesos que les garanticen el buen vivir, paso previo resignificante y redignificante para asegurar una reinserción integral.

En este sentido, desde las narrativas de los actores a nivel nacional, regional y local, se puede concluir que no existen metas, ni procedimientos, ni indicadores asociados a los objetivos esperados para diseñar, implementar y/o evaluar acciones que visualicen el derecho a la salud como garante de la reinserción.

Por otro lado, como sólo es posible la implementación del sistema de salud penitenciario articulando a distintos actores, resulta difícil poder detectar quien es responsable de las fallas o desacoples, pues cada una de las acciones a implementar requiere, cumplir con el objetivo de salud propuesto y, por otra, cautelar que las acciones implementadas se puedan desplegar con restricciones a la libertad de movilidad y a todas las condiciones de seguridad que subyacen a esta condición.

Es por lo anterior, que para garantizar al menos el acceso a la salud de las personas privadas de libertad se requiere, de la articulación multilateral de las reparticiones del Estado, pues debido a la naturaleza de los centros de reclusión siempre habrán responsabilidades compartidas de los distintos actores que entran en juego. En este sentido se requiere necesariamente fortalecer la articulación entre el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, al que pertenece Gendarmería, el Ministerio de Salud, al cual pertenece FONASA y el Poder Judicial, encargado de supervisar las condiciones de las personas privadas de libertad.

A lo anterior, se suma la dispersión con que se implementan diferentes prácticas y acciones sanitarias en las cárceles, las cuales si fuesen conducidas bajo un programa ministerial se podría responder de mejor manera a las necesidades de la población penitenciaria. Las alianzas con universidades, por ejemplo, permite suplir las falencias que muchas veces el sistema de salud tiene, pero su implementación es de alcance acotado a ciertos centros penitenciarios, en este caso, una recomendación sería fortalecer la vinculación con las universidades públicas, colocando en valor la responsabilidad social que éstas tienen con las problemáticas a nivel país, pudiendo, sin duda, generar desde la alta autoridad convenios con distintas instituciones de educación superior que dieran cobertura general a las necesidades de salud y/u otras que la propia institución considere.

En este mismo sentido se recomienda la implementación y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud, dentro de los establecimientos carcelarios, lo que contribuye a la salud pública, posibilitando la detección oportuna de riesgos y eventos, así como también el desarrollo de acciones de prevención y promoción, que se verán reflejados en mejores condiciones de salud de la población y en un manejo eficientes de los recursos.

A partir de lo anterior, es necesario que la nueva Gestión Pública como modelo, articule una gestión por resultados, generando procedimientos, indicadores y

medios de verificación que pongan en valor la salud como un bien público a desarrollar en el marco de los planes y programas de reinserción.

Estos procedimientos y las metas asociadas debieran ser supervisados por uno de los ministerios políticos como, por ejemplo, el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, para de esta forma obligar a las instituciones involucradas a rendir cuentas a una entidad con poder superior.

En el contexto de la Sociedad Red, se debiese contar con un sistema integrado de bases de datos que permitieran: por una parte agilizar las acciones administrativas que involucran a la persona privada de libertad y su familia, lo que en consecuencia conllevaría una oportuna activación del sistema de protección social y sus distintas prestaciones. En segundo lugar, se sugiere mejorar la ficha de ingreso aplicada a las personas imputadas y condenadas en cualquier recinto penal, incorporando un link para acreditar su afiliación a Fonasa y/o mantención en el sistema de Isapres, y adicionalmente quedar vinculado directamente al sistema de Fonasa y a los dispositivos de salud presentes en los territorios más cercanos a los centros penitenciarios.

En tercer lugar, se sugiere que cada persona privada de libertad pueda tener acceso a una guía de acogida en formato digital y/o papel al momento del ingreso y que además, sea una herramienta de conocimiento público, a la cual puedan acceder los familiares cercanos, amigos o agentes de derechos humanos propios de Gendarmería. Dicha guía debiese contener información sobre los derechos a los que tienen acceso y los planes y programas desarrollados en la institución, para de este modo, empoderarlos como sujetos de derechos, permitiendo actuar a Gendarmería como un puente comunicacional en la promoción y difusión de los derechos humanos y sus acciones operativas para su garantía. Esta aplicación debería ofrecer también la posibilidad de linkear el formulario del Instituto Nacional de Derechos Humanos para que en caso de que se vulneren los derechos, los familiares conocieran, rápidamente como hacer llegar su reclamo, para recibir una respuesta

oportuna. Lo anterior debe ser acompañado de un cambio estructural del sistema penitenciario, en el que tenga cabida la rehabilitación y reinserción, como el objetivo troncal de su hacer, ubicando la salud, la educación y el trabajo como una tríada inseparable.

Avanzando en esta conclusión se hace necesario recuperar las significaciones de los actores políticos, operativos y las personas privadas de libertad, respecto a la cárcel, la persona privada de libertad y la posibilidad de ejercer el Derecho a la Salud en el contexto carcelario, las cuales a momentos avalan la precariedad del sistema o promueven la movilización de acciones emancipadoras.

En general, los distintos actores dan cuerpo a la significación de la cárcel, como un espacio para morir en vida, en donde el abandono, violencia, precariedad y pobreza se hacen presente en su amplia magnitud. Lo importante de estas narrativas iniciales es que en general todos concuerdan en que dicha realidad debe ser superada y transformada, en donde se reparen las vulneraciones que fueron directa o indirectamente configurando el perfil de quienes terminan cometiendo delitos.

Se recomienda tejer esfuerzos públicos para compensar las fallas del Estado, las que tuvieron lugar, en la mayoría de los casos, desde la temprana infancia. En este sentido las posibilidades de reinsertarse en la sociedad, no sólo dependen de mejoras en el plano laboral, sino, también, en la medida que se logre posicionar a la persona privada, de libertad como un ciudadano sujeto de derechos y respondiente a sus deberes.

Por otro lado, se sugiere concebir la cárcel, como un espacio que rehabilite de manera integral a las personas privadas de libertad, lo que implica, necesariamente resituar el valor y la dignidad del cuerpo, el que a la fecha es vigilado, controlado y castigado. Ese cuerpo debe aprender de autocuidado integral multidimensional y es labor de Gendarmería, de acuerdo al mandato presente en la ley orgánica y en el

reglamento, generar acciones en esta línea, propiciando el desarrollo y anclaje de la atención primaria con énfasis en lo promocional preventivo.

Luego, las significaciones que tienen los actores políticos y operativos sobre la persona privada de libertad, transitan desde una línea argumentativa alimentada por la puesta en escena que hace el aparato político, el que los consigna como sujetos despiadados, detestables, los que merecen no sólo justicia, sino también castigo, los malos, los que dañan, los de temer, los que valen menos, los parias, los que no deberían salir nunca, esas son las etiquetas que catalogan a las personas privadas de libertad en el imaginario público, a la cual, el general de la población adhiere. Si es importante señalar, que los actores, logran resignificar lo anterior considerando la necesidad de fortalecer el sistema penitenciario, desde un enfoque de derechos así como también, el trabajo que se debe realizar a nivel ideológico-cultural en la sociedad.

Estas significaciones se complementan a su vez, con las propias significaciones de las personas privadas de libertad, sobre ellas mismas. En general, esta visión mantiene la misma línea argumentativa, pues, ellos transitan desde el “yo” anclado en su historia, en sus características personales de individuo a la integración sentida como propia del juicio público que los posiciona en el “yo delincuente”, el yo que debe pagar, el que no merece perdón.

El juicio propio de la persona privada de libertad, superpuesta a una trayectoria de vulneración de derechos y de nula formación ciudadana, debilita la capacidad real de ser sujeto de derecho, lo que produce que la interpretación del ambiente en que se habita, de las condiciones que se establecen, de las relaciones con los otros privados de libertad y las relaciones con gendarmería estén mediadas por el imaginario instalado en la cultura carcelaria, en la que se posiciona como un riesgo el poder exigir a la autoridad el respeto por los derechos que la ley garantiza.

La concepción de dignidad se desdibuja en la despersonalización de los individuos, de este modo se tolera lo impropio y se soporta lo indebido. Por ejemplo, los



gendarmes, de acuerdo a su reglamento no pueden gritar ni golpear a las personas privadas de libertad, sin embargo, todos los allanamientos suelen ser violentos, incluyen gritos y golpes. Los privados de libertad no alegan, no reclaman, entienden que la “cosa es así no más”, que hay que aguantar en silencio.

A poco andar, al escuchar el relato de vida de las personas privadas de libertad, las palabras que describían su infancia, la pobreza como soporte transversal, la violencia como lenguaje natural, la privación como condición fundamental, resituaban, resignificaban y hacían reconsiderar el juicio inicial. En tal sentido, deconstruir el entramado, que en teoría sostiene o articula el ejercicio del derecho, al acceso a la salud en el sistema penitenciario, es una muestra de la laxitud con que converge la voluntad política para llegar al Chile que más duele, al de la pobreza más dura.

En otro orden, como parte de la conclusión de este estudio, es importante rescatar el enfoque metodológico utilizado el que ha permitido realizar un trabajo colectivo que tejió espacios de diálogo, de resiliencia, de trabajo en equipo y de acción conjunta permitiendo rearmar las relaciones que habitualmente se establecen con los recintos carcelarios y entre las personas sujetos de la disciplina que allí se albergan y quienes asumimos ser portavoces de la transformación.

Para las personas privadas de libertad, recomponer la relación con su cuerpo, reconocerse como sujetos dignos y sujetos de derecho, resitúa su ethos dentro de la cárcel. Evaluar sus condiciones de vida y salubridad, reconocer la salud como un derecho, conocer el marco normativo que los vincula con gendarmería y con las demás reparticiones del Estado no es sólo un tema asociado al derecho es también una acción que garantiza bienestar, pues permite visualizarse a sí mismo como agentes protagónicos de su proceso de re-dignificación y de reinserción.

Uno de los postulados centrales de la Salud Colectiva es que el proceso de salud-enfermedad está mediado por las condiciones materiales de vida, es decir, por su determinación social, lo que implica, que se manifiesta en mayor medida, a nivel de

la colectividad que del individuo, lo que conlleva a condicionar su biología y a determinar la enfermedad. Desde esta mirada la significación de la Salud en la cárcel, no puede seguir centrada en la acción de atender sólo la enfermedad, se requiere contar con una mirada más amplia con aportes de distintas disciplinas y diversos actores, con el fin de configurar una política pública que lea de manera distinta la configuración de las relaciones y los modos de vida que se gestan al interior de la cárcel.

En este sentido se propone como primer desafío avanzar en una construcción integral del concepto de Salud Penitenciaria, incorporando los conceptos que emergen desde las Ciencias Sociales y que han sido plasmados en la Medicina Social y la Salud Colectiva. Un segundo desafío es que se debe avanzar en la producción de conocimiento a partir de metodologías atinentes y pertinentes a los contextos penitenciarios, lo que trae como resultado formas críticas y creadoras de pensar, propiciando autonomía en los participantes para la construcción de una sociedad y de un sistema penitenciario fundado en el respeto a los derechos humanos, la diversidad y promotor de la participación social en los procesos resolutivos de las problemáticas de salud. Un tercer desafío, es propiciar una investigación acción que permita diseñar y pilotear un programa, cuyo énfasis este puesto en la articulación de acciones que coloquen en valor las voluntades políticas que a luz de los hallazgos de esta investigación han emergido, ubicando ello como terreno fértil a cultivar.

Finalmente, se debe considerar que una vez que la sociedad en su conjunto, el Estado, las personas privadas de libertad y los funcionarios penitenciarios reconozcan y respeten mutuamente su calidad de seres humanos dignos, titulares de derechos y obligaciones, se favorecerá la cocreación de una institución penitenciaria respetuosa y humana, pues hoy la carencia de dicho reconocimiento pone en riesgo el respeto de los derechos humanos fundamentales, de las personas que cohabitan en dicho contexto.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V., & Courtis, C. (2004). La estructura de los derechos sociales y el problema de su exigibilidad. En *Los derechos sociales como derechos exigibles* (p. 33). Recuperado de <http://www.trotta.es/libros/los-derechos-sociales-como-derechos-exigibles/9788481645071>
- ACNUDH. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado 18 de octubre de 2019, de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Aguilera Portales, R. E., & LópezSánchez, R. (2007). Los derechos fundamentales en la filosofía jurídica garantista de Luigi Ferrajoli. *Letras jurídicas: revista electrónica de derecho*, (4), 11.
- Aguirre, C. (Ed.). (2009). Cárcel y Sociedad en América Latina:1800-1940. En *Historia social urbana: Espacios y flujos* (1a. ed, p. 226). Quito: FLACSO Ecuador : Ministerio de Cultura.
- Alcira, V. (2002). La cárcel del presente, su «sentido» como práctica institucional de secuestro. En *Violencias, delitos y justicias en la Argentina*. Ediciones Manantial.
- Allard Soto, R., Hennig Leal, M. C., & Galdámez Zelada, L. (2016). El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estudios constitucionales*, 14(1), 95-138. <https://doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004>
- Arias Monge, M. (2012). El círculo de conversación como estrategia didáctica: Una experiencia para reflexionar y aplicar en educación superior. *Revista Electrónica Educare*, 16(2), 9-24.
- ASALE, R.-. (2019). Diccionario de la lengua española- Edición del Tricentenario. En *Diccionario de la lengua española—Edición del Tricentenario*. Recuperado de <https://dle.rae.es/>
- Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado 18 de octubre de 2019, de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bardazano, G., Corti, A., Duffau, N., & Trajtenberg, N. (2015). *Discutir la cárcel, pensar la sociedad. Contra el sentido común punitivo*.
- Bertolozzi, M. R., & De la Torre, M. C. (2012). Salud colectiva: Fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 24-36. <https://doi.org/10.33132/23229659.309>
- Biblioteca Nacional de Chile. (1979). Las siete modernizaciones. En *Conformación de la ideología neoliberal en Chile (1955-1978)*. *Memoria Chilena*. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-93006.html>

- Bourdieu, P. (1977). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. España: Anagrama.
- Bourdieu, P., & Dilon, A. (1991). *El sentido práctico*. Buenos Aires (Argentina): Siglo XXI Editores.
- Brecha en el uso de internet: – Fundación País Digital. (2018). Recuperado 28 de octubre de 2019, de <https://paisdigital.org/brecha-en-el-uso-de-internet-una-expresion-de-la-exclusion-social/>
- Breilh, J. (2010). *Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud*. Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Brazil.
- Calderón, A. (1990). Salvador Allende. La realidad médico social. *Revista Vida Médica*, 42(5). Recuperado de <http://letras.mysite.com/aca180912.html>
- Campos, I., Biot, M. J., Armenia, A., Centellas, S., & Antelo, F. (2011). *Investigación biográfico—Narrativa. (Tesis de maestría)* (Universidad Autónoma de Madrid). Recuperado de <https://docplayer.es/26575358-Investigacion-biografico-narrativa-parte-2-iris-campos-ma-jose-biot-ana-armenia-sonia-centellas-fabiana-antelo.html>
- Cardona, J. (2016). Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(1), 183-191. <https://doi.org/10.30554/archmed.16.1.1090.2016>
- Casallas Murillo, Enf. MSc., A. L. (2017). A Medicina Social-Saúde Coletiva Latino-Americanas: Uma Visão Integradora frente à Saúde Pública Tradicional. *Revista Ciências de la Salud*, 15(3), 397. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Castells, M., & Hernandez, M. (2018). *Comunicación y poder* (1. ed). Madrid: Alianza.
- Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, Universidad de Chile. (2008). *Área de Estudios Penitenciarios. Debates Penitenciarios N° 7*.
- CERC. (2019). Barómetro de la Política. Recuperado 28 de octubre de 2019, de MORI website: <http://morichile.cl/barometro-de-la-politica-mayo-2019/>
- Chile Ministerio del Interior. (1980). *Constitución Política de la República de Chile. Texto Promulgado por Decreto Supremo N° 1.150 del Ministerio del Interior el 21 de octubre de 1980*. Recuperado de <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>
- Conclusiones informe cárceles segundo semestre 2015*. (s. f.). Recuperado de <https://www.24horas.cl/incoming/article1920753.ece/BINARY/CONCLUSIONES%20INFORME%20CARCELES%20SEGUNDO%20SEMESTRE%202015.pdf>

- Conformación de la ideología neoliberal en Chile (1955-1978)—Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s. f.). Recuperado 18 de octubre de 2019, de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-31415.html>
- Consejo Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2013). *Informe de Derechos Humanos para estudiantes. Séptimo Básico a Cuarto Medio*. Recuperado de Instituto Nacional de Derechos Humanos website: <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/552/informe-ddhh-estudiantes.pdf?sequence=4>
- Cooper, D. (2001). Ideología, teoría y empiria: El comportamiento sexual masculino y femenino intrapenitenciario. *Nomadías*, (5), 39-55. <https://doi.org/10.5354/no.v0i5.51484>
- Couso, J., & Reyes, M. (2009). Notas acerca del origen y trayectoria del derecho constitucional a la protección a la salud en Chile. *Revista de derecho (Coquimbo. En línea)*, 16(2), 161-194. <https://doi.org/10.22199/S07189753.2009.0002.00006>
- Creswell, J. (2005). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (2 ed). Recuperado de <https://www.amazon.com/Educational-Research-Conducting-Quantitative-Qualitative/dp/0131367390>
- de Souza, M. C., Cruz, O., & Gomes, R. (2004). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad* (1 ed). Recuperado de [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/de\\_souza\\_minayo\\_maria\\_cecilia\\_investigacion\\_social\\_teor%C3%ADa\\_metodo\\_y\\_creatividad.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/de_souza_minayo_maria_cecilia_investigacion_social_teor%C3%ADa_metodo_y_creatividad.pdf)
- Di Girolamo, G. (2015). El desconocido mercado laboral en las cárceles. *The Clinic*. Recuperado de <https://www.theclinic.cl/2015/07/19/el-desconocido-mercado-laboral-en-las-carceles/>
- Donnangelo, M. C. F. (1994). *Salud y sociedad*. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara.
- El Debate y la acción frente a los determinantes sociales de la Salud. Documento de posición conjunto ALAMES y CEBES. (2011). *Cebes*. Presentado en Cebes e Alames lançam posicionamento em Conferência da OMS, Río de Janeiro. Recuperado de <http://cebes.org.br/2011/10/cebes-e-alames-lancam-posicionamento-em-conferencia-da-oms/>
- Escuela de Gendarmería de Chile. *Antecedentes Históricos y legales sobre el origen institucional* (2016).
- Estados Americanos. (2008). *Informe anual de la comisión interamericana de derechos humanos 2008*. Recuperado de <http://www.cidh.oas.org/Comunicados/Spanish/2008/39.08sp.htm>
- Estudio Internacional de Educación Cívica y Formación Ciudadana ICCS: 2016 ESTUDIANTES EN CHILE Y LOS NUEVOS VALORES CIUDADANOS. (2017). Recuperado 18 de octubre de 2019, de

<http://www.revistadeeducacion.cl/estudio-internacional-de-educacion-civica-y-formacion-ciudadana-iccs-estudiantes-en-chile-y-los-nuevos-valores-ciudadanos/>

- Fernández Neira, K., & García Fregoso, N. (2015). El incendio de la Cárcel de San Miguel, su veredicto absolutorio y las obligaciones internacionales de protección de los derechos humanos involucradas. *Anuario de Derechos Humanos*, 0(11). <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2015.37494>.
- Ferrajoli, L., Andrés Ibáñez, P., & Greppi, A. (2004). *Derechos y garantías: La ley del más débil*. Madrid: Trotta.
- Figuroa García-Huidobro, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*, 11(2), 283-332. <https://doi.org/10.4067/S0718-52002013000200008>
- Flasco Ecuador, Universidad Nacional de Colombia. (2014). Mundos Plurales. Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 1(1). <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2014.1907>
- Foucault, M. (1978). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M., & Garzón del Camino, A. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (2 ed). México: Siglo Veintiuno Editores.
- Franco, R., Hopenhayn, M., & León, A. (2011). Crece y cambia la clase media en América Latina: Una puesta al día. *Revista CEPAL*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11446-crece-cambia-la-clase-media-america-latina-puesta-al-dia>
- García Canclini, N. (1984). Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular | Nueva Sociedad. *Nueva Sociedad | Democracia y política en América Latina*, (71). Recuperado de <http://nuso.org/articulo/gramsci-con-bourdieu-hegemonia-consumo-y-nuevas-formas-de-organizacion-popular/>
- Gatica Lara, I., Revueltas Peralta, A., Ramírez López, R., & Vega Estrada, S. de la (Eds.). (2008). *Poder, actores e instituciones: Enfoques para su análisis* (1a. ed). México, D.F: Ediciones y gráficos Eón.
- Geertz, C. (2000). *La interpretación de las culturas* (1. ed). Madrid: Gedisa.
- Gendarmería de Chile. (s. f.). Recuperado 28 de octubre de 2019, de <https://www.gendarmeria.gob.cl/historia.html>
- Gendarmería de Chile. Unidad de protección y promoción de los derechos humanos. (s. f.). Recuperado 28 de octubre de 2019, de <https://www.gendarmeria.gob.cl/ddhh.html>
- Giddens, A. (2002). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Goffman, E. (2004). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Goic G, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: Una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Guarnizo-Herreño, C., Ospina, J., Malagón, R., Maldonado, L., Piragauta, A., Forero, A., ... Morales-Borrero, C. (2018). *Investigación en Salud Colectiva: Entre ciencias sociales y ciencias de la salud*.
- Gunder Frank, A., Friedman, M., & Harberger, A. C. (1976). *Capitalismo y genocidio económico: Carta abierta a la Escuela de Economía de Chicago a propósito de su intervención en Chile*. Bilbao: Zero.
- Gutiérrez, A. B. (1994). *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba, Argentina: Ferreyra Editor.
- Herrmann, M. G., & van Klaveren, A. (2016). Disminución de la participación de la población en organizaciones sociales durante los últimos trece años en Chile e implicaciones para la construcción de una política de planificación urbana más participativa. *EURE (Santiago)*, 42(125), 175-203. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612016000100008>
- Hoffman, L. (2009). *Voz de los Internos: Atención de salud en el recinto penal en Arica, Chile*. 25.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2010). El mercado de la salud: Neoliberalismo y salud: El engaño del Banco Mundial y el FMI. *Viento sur: Por una izquierda alternativa*, (109), 83-88.
- INPEC - INPEC. (2019, octubre 18). Recuperado 18 de octubre de 2019, de <http://www.inpec.gov.co/web/guest>
- Instituto de Sociología de la, & Pontificia Universidad Católica de Chile. (2015). *Artículos de investigación/2015. Trayectorias de jóvenes infractores de Ley: Investigaciones sobre población adolescente*. 69.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2014). *Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/38605-estudio-condiciones-carcelarias-chile-diagnostico-del-cumplimiento-estandares>
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). *Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2016 - 2017: Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares Internacionales de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Integridad Personal*. Recuperado de <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1180>
- Investigación revela perfil y proceso de reinserción de mujeres privadas de libertad. (2017). Recuperado 28 de octubre de 2019, de <https://www.uc.cl/la-universidad/noticias/28610-investigacion-revela-el-perfil-y-proceso-de-reinsercion-de-mujeres-privadas-de-libertad-en-chile>

- Iturrieta, D., & Tetelboin, C. (2016). La atención de Salud en los centros de cumplimiento penitenciario. Un desafío pendiente para la Salud Pública en las Provincias de San Felipe y los Andes. *Revista Salud Problema*, 10(19), 53-67.
- Jensen-Pennington, H. (2012). Sintaxis del espacio y narrativa del poder: Arquitectura en Golfito. *Revista Reflexiones*, 91(1), 199-206.
- Lange Valdés, C. (2010). La Doctrina del Shock. El auge del capitalismo del desastre. *Revista INVI*, 25(70). <https://doi.org/10.4067/invi.v25i70.522>
- Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, (2).
- León León, M. A. (2017). *Tras las rejas: Una historia documental de las prisiones en Chile (1911-1965)*. Valparaíso, Chile: Ediciones Universitarias de Valparaíso, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., & Bolcatto, S. (2007). Trayectorias: Un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Revista Cátedra Paralela*, (4). Recuperado de [http://catedraparalela.com.ar/images/rev\\_articulos/arti00044f001t1.pdf](http://catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00044f001t1.pdf)
- Llanos Mansilla, H., & Llanos Mansilla, H. (2008). *La persona humana ante el derecho internacional* (3. ed). Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud: Desafíos y agendas posibles. *Divulg. saúde debate*, (49), 150-156.
- López, S., Chapela Mendoza, M. del C., Hernández, G., & Outón, M. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos Xix y xx. En *La salud en México* (pp. 51-90). Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana.
- López-Moreno, S. (2015). Origen y naturaleza de los derechos humanos. En *Derecho a la Salud en México* (1 ed). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lorenzo, A. (2017). Democracia líquida y tecnología exponencial para transformar el mundo. *Revista UNO*. Recuperado de <https://www.revista-uno.com/29-revista/democracia-liquida-y-tecnologia-exponencial-para-transformar-el-mundo/>
- Makowski, S. (2010). *Las flores del mal: Identidad y resistencia en cárceles de mujeres* (1. ed). México, D.F: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Martínez García, J. (2017). El habitus. Una revisión analítica. *Revista Internacional de Sociología*, 75, eo67. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.115>
- Mejorando la atención sanitaria para la población privada de libertad en Chile. (s. f.). Recuperado 28 de octubre de 2019, de Eurosociál website: <https://eurosociál.eu/actualidad/mejorando-la-atencion-sanitaria-para-la-poblacion-privada-de-libertad-en-chile/>



- Melossi, D., Pavarini, M., & Massimi, X. (2008). *Cárcel y fábrica: Los orígenes del sistema penitenciario (siglos XVI-XIX)*. México: Siglo Veintiuno.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Resultados ingresos Casen 2017*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Educación Ciencia, & y Tecnología de la Nación. (2005). *La documentación narrativa de experiencias pedagógicas. Una estrategia para la formación de docentes*. Recuperado de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL004074.pdf>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile. *DL-2859 15-SEP-1979 FIJA LEY ORGANICA DE GENDARMERIA DE CHILE*. , Pub. L. No. 20426 (2010).
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile. (2018). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Misión. Recuperado 28 de octubre de 2019, de Ministerio de Justicia y DDHH website: /mision/
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile. *LEY-21140 31-ENE-2019 MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Artículo 1.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 20.032, que establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME, y su régimen de subvención:* , (2019).
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno de Chile. *Remite Convenio Marco de Colaboración entre Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gendarmería de Chile, Fondo Nacional de Salud y Superintendencia de Salud, suscrito por las autoridades correspondientes y solicita dictación de decreto aprobatorio*. , Pub. L. No. N°7653/9081.
- MINSAL. (s. f.). Ministerio de Salud: Misión y Visión. Recuperado 28 de octubre de 2019, de Ministerio de Salud – Gobierno de Chile website: <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/>
- Morales-Borrero, C., Borde, E., & Eslava-Castañeda, J. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 12.
- Muller, P. (Ed.). (2006). *Las políticas públicas* (1. ed). Bogotá: Univ. Externado de Colombia.
- Naciones Unidas. (2016). Derechos humanos. Recuperado 25 de octubre de 2019, de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>
- Naciones Unidas. (2017). *Carta Internacional de Derechos Humanos*. Recuperado de [https://files.wikis.cc/dhpedia.wikis.cc/7/7d/Carta\\_Internacional\\_de\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://files.wikis.cc/dhpedia.wikis.cc/7/7d/Carta_Internacional_de_Derechos_Humanos.pdf)
- Nogueira, M. (1999). Un Estado para la sociedad civil. *Revista del CLAD Reforma y Democraci*, (14), 1-13.

- Observación General N° 20*. (2009). Recuperado de [https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/General%20Comment%2020\\_2009\\_ESP.pdf](https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/General%20Comment%2020_2009_ESP.pdf)
- OCDE. (2016). OCDE: Chile es uno de los once países con más desigualdad educativa | Emol.com. Recuperado 18 de octubre de 2019, de Emol website: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/02/10/787665/OCDE-Chile-es-uno-de-los-once-paises-con-mas-desigualdad-educativa.html>
- OEA. (2009, agosto 1). CARTA DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (A-41) [Text]. Recuperado 28 de octubre de 2019, de [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-41\\_carta\\_OEA.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-41_carta_OEA.asp)
- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (1981). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. *Documento G.E. CLACSO*, (4).
- Papillón. (2010). Migración humana | Haití. *Viento Sur*, (109). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/101703395/Viento-Sur-n%C2%BA-109-abril-2010>
- Pavarini, M. (1995). *Los Confines De La Cárcel*. Recuperado de [https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-646602072-pavarini-massimo-los-confines-de-la-carcel-\\_JM](https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-646602072-pavarini-massimo-los-confines-de-la-carcel-_JM)
- Peillard, A. M. M., Bunster, M. T. H., Ossa, U. O. F., Chamorro, P. O., Necochea, D. P., & Correa, N. M. (2015). Estudio sobre los niveles de exclusión social en personas privadas de libertad. *Publicación de Fundación Paz Ciudadana y Fundación San Carlos de Maipo*, 220.
- Pérez Guadalupe, J. L. (2000). *La construcción social de la realidad carcelaria: Los alcances de la organización informal en cinco cárceles latinoamericanas (Perú, Chile, Argentina, Brasil y Bolivia)*. Lima, Perú, Pérou: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial.
- Pérez Serrano, G. (2007). *Investigación cualitativa, retos e interrogantes. I, Métodos*. Madrid: La muralla.
- Piñol, D. (2014). Demandas y características de capacitación laboral que fomenten una reinserción social, laboral y familiar en mujeres privadas de libertad en cárceles chilenas. En *VIII CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA Y DELINCUENCIA*. Santiago: Fundación Paz Ciudadana.
- Pirazán García, J., & Ríos Gallego, S. Y. (2014). El enfoque argumentativo para el análisis de políticas públicas desde la perspectiva de Frank Fischer. *Forum. Revista Departamento de Ciencia Política*, 2(6), 51-62.
- Plischoff, C. (2017). Implementando la nueva gestión pública: Problemas y desafíos a la ética pública. El caso chileno. *Convergencia*, 24, 141-164. <https://doi.org/10.29101/crcs.v0i73.4241>

- Presidente Piñera presenta proyecto de Transformación Digital y crea consejo asesor para la modernización del Estado. (2018). Recuperado 28 de octubre de 2019, de Ministerio Secretaría General de Gobierno website: <http://www.msgg.gob.cl/wp/index.php/2018/06/25/presidente-pinera-presenta-proyecto-de-transformacion-digital-y-crea-consejo-asesor-para-la-modernizacion-del-estado/>
- Ricoeur, P. (1985). *Hermenéutica y acción. De la hermenéutica del texto a la hermenéutica de la acción*. Recuperado de [https://books.google.com/books/about/HERMEN%C3%A9UTICA\\_Y\\_ACCI%C3%B3N\\_DE\\_LA\\_HERMEN%C3%A9UT.html?hl=es&id=Acweh5yfUBYC](https://books.google.com/books/about/HERMEN%C3%A9UTICA_Y_ACCI%C3%B3N_DE_LA_HERMEN%C3%A9UT.html?hl=es&id=Acweh5yfUBYC)
- Rosen, G. (1986). ¿Qué es la medicina social? En *De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre historia de la atención a la salud*. México: SIGLO XXI Editores.
- Roth Deubel, A. N. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos*, 0(33), 67-91.
- Roth Deubel, A.-N. (2002). *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación* (1. ed). Bogotá, D.C: Ed. Aurora.
- Roth Deubel, A.-N. (Ed.). (2010). *Enfoques para el análisis de políticas públicas* (1a. ed). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Roth Deubel, A.-N., & Martínez Porras, S. I. (Eds.). (2013). *El análisis y la evaluación de las políticas públicas en la era de la participación: Reflexiones teóricas y estudios de casos* (1. ed). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto Unidad de Investigaciones Jurídico-Sociales "Gerardo Molina.
- Saavedra, E. (2014). El Modelo Económico-Político de Chile: Desarrollo Institucional en la Encrucijada. *Economía y Política*, 1(1), 115-146.
- Salgado Levano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de dato cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Recuperado de <https://www.coursehero.com/file/29349035/An%C3%A1lisis-de-dato-cualitativos-en-la-investigaci%C3%B3n-socialpdf/>
- Serrano, S. (2015). *Los estándares internacionales de los derechos humanos: Un sistema de derechos en acción*. Recuperado de [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas\\_CTDH\\_EstandaresInternacionalesDH1aReimpr.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CTDH_EstandaresInternacionalesDH1aReimpr.pdf)
- Sykes, G. M., Pacilio, S., Gual, R., & Odriozola, E. (2017). *La sociedad de los cautivos: Estudio de una prisión de máxima seguridad*. Buenos Aires (Argentina): Siglo XXI Editores Argentina.

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona [etc.: Paidós.
- Testa, M. (2007). Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? Y ¿Por qué? *SALUD COLECTIVA*, 12.
- Tetelboin Henrion, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud: Chile, 1973-1990: reformas de primera generación / (1. ed.)*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Coordinación de Extensión Universitaria,.
- Tijoux, M. E. (2002). Cárceles para la tolerancia cero: Clausura de pobres, y seguridad de ciudadanos. *Ultima década*, 10(16), 175-187. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362002000100007>
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Unidad de Protección y Promoción de los DD.HH. (2014). *Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Penitenciaria*. Recuperado de Gendarmería de Chile [website: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/ddhh/Archivos\\_Adicionales/Resultados\\_Encuesta\\_Percep\\_Calidad\\_Vida\\_Penitenciaria.pdf](https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/ddhh/Archivos_Adicionales/Resultados_Encuesta_Percep_Calidad_Vida_Penitenciaria.pdf)
- Villagra Pincheira, C. (2008). *Hacia una política postpenitenciaria en Chile* (Primera edición). Santiago de Chile: CESC Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana : RiL editores.
- Zarco, J. (2015). El reto de la calidad de la investigación cualitativa. En *Investigacao qualitative. Inovacao, dilemas e desafios* (Vol. 621). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-61121-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-61121-1_4)
- Zemelman, H. (2006). *El conocimiento como desafío posible Zemelman*. Recuperado de [https://www.academia.edu/17980912/EI\\_conocimiento\\_como\\_desafio\\_posible\\_Zemelman](https://www.academia.edu/17980912/EI_conocimiento_como_desafio_posible_Zemelman)

ANEXOS

ANEXO N°1: MATRIZ TIPO-ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

Categoría	Sub-Categoría	Contenido ¿Qué se dice? ¿y en qué instrumento se encuentra?
<b>Significación de la relación Estado-Sociedad</b>	- Significación del Rol del Estado	<p>1. Constitución Política de la República:</p> <p>El rol del Estado en relación al derecho al reconocimiento de los derechos fundamentales, es definido en el Título I de la Constitución Política de la República, que establece las bases de su institucionalidad en sus artículos 1° a 9°, al señalar que el Estado está al servicio de la persona humana, y debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan la mayor realización posible, debiendo siempre respetar y promover los derechos y garantías garantizados en la Constitución y en los Tratados internacionales ratificados por Chile. Además, debe, resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta, promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional.</p>
	- Tensión entre lo público y lo privado	<p>1. Constitución Política de la República:</p> <p>En el artículo 19 N°7, que reconoce el derecho a la libertad personal y a la seguridad individual, y luego, señala las reglas específicas en que una persona puede ser privada o restringida de su libertad personal, o incomunicada.</p> <p>En el artículo 19 N°9, inciso final, que establece el derecho a elección entre el sistema público y privado de salud, al señalar que “Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”</p> <p>Finalmente, en su artículo 21° establece el principio de subsidiariedad, ya que instaura la preeminencia de los particulares para desarrollar cualquiera actividad económica que no sea contraria a la moral,</p>

		<p>al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen, en tanto, el Estado y sus organismos sólo podrán desarrollar actividades empresariales o participar en ellas si una ley de quórum calificado los autoriza.</p> <p>2. Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>En su título II y III instaura la existencia de los dos sistemas de salud, el público y el privado. El régimen público otorga las prestaciones médicas a través de las redes asistenciales de los servicios de salud, que son financiadas con el subsidio del Fondo Nacional de Salud, y el copago de los particulares, de acuerdo al nivel de cobertura que les asiste, según su nivel de ingresos; y el sistema privado, en el que las prestaciones médicas son otorgadas por servicios de salud privados, las que son financiados en parte con el aporte que la Institución de Salud Previsional le asegura al afiliado, persona jurídica de derecho privado, acorde a la cobertura del plan de salud contratado, y en el cual podría requerirse igualmente el copago del particular.</p>
<p><b>Significación de la cárcel como institución Pública</b></p>	<p>-Dimensión Política</p>	<p>1. Ley Orgánica del Ministerio de Justicia:</p> <p>Señala el rol político que le corresponde al Ministerio de Justicia en su atribución de colaborar, en el ámbito de su competencia, con el Presidente de la República en las materias relativas a la promoción y protección de los derechos humanos (Artículo 2° letra b).</p> <p>2. DFL N°1 del Ministerio de Salud:</p> <p>Señala el rol que le corresponde al Ministerio de Salud, y a los otros organismos públicos, en cuanto le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones (Artículo 1°).</p>

		<p>3. Ley Orgánica Constitucional de Gendarmería de Chile:</p> <p>Señala que le corresponde atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que por resolución de autoridades competentes, fueren detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que le señale la ley (Artículo 1°).</p> <p>4. Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.</p> <p>Establece el derecho de los internos a efectuar peticiones a las autoridades penitenciarias (Artículo 58), esto en el entendido de que cada centro penitenciario cuenta con una autoridad propia denominada “Alcaide”.</p>
	-Dimensión Económica	<p>Conviven dos sistemas de recintos penitenciarios:</p> <p>Cárceles bajo la administración de Gendarmería de Chile y Cárceles concesionadas, administradas por privados. Para este financiamiento, se destina parte del Presupuesto de la Nación que se aprueba año a año por el Congreso Nacional. En el caso del año 2019, la Ley de Presupuesto del Sector Público año 2019, N°21.125, en la partida 10 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en su Capítulo 4° de Gendarmería de Chile, asigna el presupuesto público a éste organismo.</p>
	-Dimensión Ideológico-Cultural	<p>1. Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.</p> <p>Define el marco dentro del cual se desarrolla la actividad penitenciaria, dentro de los límites establecidos por la Constitución Política de la República, los tratados internacionales ratificados por Chile y vigentes, las leyes y sus reglamentos y las sentencias judiciales que se dictan en el caso de cada interno.</p> <p>Por otro lado, el artículo 8° establece un orden dentro del cada centro penitenciario, a cargo de un Alcaide, al cual los internos podrán formular peticiones, sin perjuicio de su derecho de dirigirse y formular reclamaciones y peticiones pertinentes, a</p>

		<p>través de los recursos legales.</p> <p>En su organización (Artículo 10) los recintos penitenciarios se deberán organizar el respetando los derechos y la exigencia de los deberes de cada persona, en particular en torno a la asistencia médica, religiosa, social, de instrucción y de trabajo y formación profesional, en condiciones que se asemejen en lo posible a las de la vida libre.</p> <p>Asimismo en la creación de un recinto penitenciario (Artículo 13) se deben considerar medidas especiales de seguridad o de salud que la situación de ciertos internos haga necesarias, y para aquellos que requieran tratamiento u hospitalización se debe disponer de su atención en las unidades médicas que existan en el establecimiento penitenciario.</p>
<p><b>Significación de la persona privada de libertad</b></p>	<p>Concepción del sujeto privado de libertad</p>	<p>1. Constitución Política de la República. En el artículo 19 N°7, la Constitución garantiza el derecho a la libertad personal y a la seguridad individual, para luego establecer las reglas específicas en que una persona puede ser privada o restringida de su libertad personal, o incomunicada.</p> <p>2. Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.</p> <p>En sus Artículo 2° y 4° se declara el principio rector de la actividad penitenciaria, el que es que el interno se encuentra en una relación de derecho público con el Estado, de manera que fuera de los derechos perdidos o limitados por su detención, prisión preventiva o condena, su condición jurídica es idéntica a la de los ciudadanos libres, y está limitada por límites establecidos por la Constitución Política de la República, los tratados internacionales ratificados por Chile y vigentes, las leyes y sus reglamentos y las sentencias judiciales.</p> <p>Los detenidos y sujetos a prisión preventiva sólo pueden salir de los establecimientos penitenciarios por orden del Juez de la causa en casos graves de enfermedad o accidentes (Artículo 38).</p>



<p><b>Significación de la Salud Penitenciaria</b></p>	<p>Definición de Salud Penitenciaria</p>	<p>1. Ley Orgánica Constitucional de Gendarmería de Chile:  En su artículo 20, señala que los servicios de salud, dependientes o relacionados al Ministerio de Salud, prestarán atención sanitaria gratuita a las personas detenidas o privadas de libertad sometidas a la guarda de Gendarmería, a menos que ellos tengan derecho a la misma en virtud de su afiliación previsual o por otra causa.</p> <p>2. Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.  Los establecimientos penitenciarios deben considerar la asistencia médica, religiosa, social, de instrucción y de trabajo y formación profesional, en condiciones que se asemejen en lo posible a las de la vida libre. (Artículo 10 letra c)) y las medidas especiales medidas de seguridad o de salud que la situación de ciertos internos haga necesarias (Artículo 13 letra f)).</p> <p>Los internos que requieran tratamiento y hospitalización son atendidos en las unidades médicas que existan en el establecimiento penitenciario. En los establecimientos penitenciarios en que se ejecute un contrato de concesión, se estará a lo que establezca el respectivo contrato respecto de la atención médica.</p> <p>Excepcionalmente el Director Regional podrá autorizar la internación de penados en establecimientos hospitalarios externos, previa certificación efectuada por personal médico del Servicio, cuando la persona privada de libertad requiera atención con urgencia, o cuidados especializados que no se pueda otorgar en la unidad médica del establecimiento, o cuando, no se pueda prestar en dicha unidad (Artículo 35). No obstante en el caso de los recintos penitenciarios concesiones la atención médica externa, podrá referirse a clínicas u hospitales privados, sin que ello pueda importar costo alguno para la Institución. (Artículo 36).</p> <p>Los internos tendrán derecho a que la Administración les proporcione una alimentación supervigilada por un especialista en nutrición, médico o paramédico, y que corresponda en calidad y cantidad a las normas mínimas dietéticas y de</p>
---	--	--

		higiene. (Artículo 47)
<b>Conceptión del Derecho a la Salud</b>	Conceptión/Definición del derecho a la Salud	No se define en la legislación el derecho a la salud, no obstante se regula su protección y garantía
	Reconocimiento	<p>1. Constitución Política de la República.</p> <p>Luego el artículo 19 n°9, inciso primero dictamina que la Constitución asegura a todas las personas la protección del derecho a la salud.</p>
	Protección	<p>1. Constitución Política de la República.</p> <p>En el artículo 19 N°9, incisos segundo y tercero, especifica el rol del Estado en relación a la protección del derecho a la salud, estableciendo los siguientes deberes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.</li> <li>- Coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud.</li> <li>- Garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley.</li> </ul> <p>2. Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.</p> <p>Establece un régimen general de las prestaciones de salud, en el cual se asegura el acceso al examen de medicina preventiva, asistencia medica curativa, atención odontológica, y atención médica de la mujer embarazada, el recién nacido y el niño.</p> <p>3. Código sanitario.</p> <p>Esta normativa tiene por objeto regir todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud, salvo aquellas sometidas a otras leyes.</p>

		Asegura a toda mujer, durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, y el niño, la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan. La tuición del Estado comprende la higiene y asistencia social, tanto de la madre como del hijo.
	Garantía	<p>1. Constitución Política de la República.</p> <p>El artículo 20 le asegura la garantía del recurso de protección al inciso final del Artículo 19 N°9, esto es, cuando por actos u omisiones arbitrarios o ilegales, sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio del derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.</p> <p>2. Código sanitario.</p> <p>Asegura a toda mujer, durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, y el niño, la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan. La tuición del Estado comprende la higiene y asistencia social, tanto de la madre como del hijo.</p>
	Diferencias entre el acceso que tiene la persona privada de libertad y el usuario general.	<p>1. Constitución Política de la República.</p> <p>La Constitución asegura a todas las personas la igualdad en el ejercicio de los derechos (Artículo 19 N°3). Por tanto, salvo la restricción al derecho de libertad personal en el caso de las personas privadas de libertad, no deberían limitarse su ejecución sino en los casos previstos en la misma constitución o en sus leyes.</p> <p>2. Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.</p> <p>En la Administración Penitenciaria se procurará la realización efectiva de los derechos humanos compatibles con la condición del interno, y se velará por la vida, integridad y salud de los internos y permitirá el ejercicio de los derechos compatibles con su situación procesal (Artículos 5 y 6)</p>



## ANEXO N°2.- PAUTA DE ENTREVISTA ACTORES POLÍTICOS

FECHA		HORA DE INICIO	
LUGAR		HORA DE TÉRMINO	
ENTREVISTADOR/A			

**Título del estudio:** Significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria: Un análisis desde los actores sociales, sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, en dos cárceles de la V Región de Chile, 2012-2018.

**Investigador principal del estudio:** Daisy Iturrieta Henríquez, Socióloga, Magister en Salud Pública y Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva.

**Objetivo de la herramienta:** Rescatar, desde su experiencia y ámbito de acción, las significaciones y prácticas sanitarias, en torno a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad, y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile.

Saludo Inicial:

Buenos días/buenas tardes, en el marco de la Investigación en la cual usted aceptó participar, lo invitamos a conversar sobre su pensar, hacer y sentir respecto a la Salud Penitenciaria, con el fin de poder organizar un cuerpo de ideas que nos permitan visibilizar posibles mejoras en los contextos carcelario desde el quehacer de la Política Pública en Salud.

La presente entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora 30 minutos, y será utilizada como fuente de información para el estudio. Es factible que por motivos de tiempo usted decida continuar en otro momento, si así lo desea podemos volver a agendar otra cita.

Dentro de esta entrevista, sus datos personales permanecerán confidenciales y su identidad se mantendrá en el anonimato. Si usted lo permite la entrevista se registrará mediante una grabadora y luego será transcrita en un computador de mi pertenencia para su posterior análisis. Es importante que aclarar que en esta entrevista no hay respuestas buenas o malas, lo fundamental es saber su opinión, experiencias y percepciones.

Item I: Directrices político- jurídica de la Política Pública de Salud Penitenciaria.

1. Desde su cargo cómo define lo que es Salud Penitenciaria
2. ¿Cuáles son las directrices ministeriales (Ministerio de Justicia y de Salud) actuales para abordar la Salud en las cárceles de Chile?.
3. ¿Con qué instrumentos jurídicos y normativos cuenta usted para su labor, en el contexto carcelario? (Normas, Convenios, oficios etc.).
4. ¿Qué avances han habido con el Gobierno de la Nueva Mayoría, ha cambiado la visión sobre la institucionalidad del problema?

Item II: Implementación Institucional de la Política Pública de Salud Penitenciaria

Desde su cargo:

5. Desde su rol, como actor político, ¿Qué acciones realiza desde su papel para favorecer el ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile?.
6. ¿Qué instituciones están vinculadas a favorecer el desarrollo de la Salud en las cárceles y que acción le corresponde a cada una? (públicas y privadas)
7. ¿Qué nivel de coordinación existe entre las instituciones participantes? Y ¿En qué ámbitos?, Si no se refleja lo del convenio hacer alusión\*.
8. En la escala funcionaria ¿Qué actores participan de la gestión?
9. ¿Qué acciones/prácticas sanitarias se han priorizado en el último periodo en el contexto carcelario?

10. ¿Cuál es el presupuesto considerado para favorecer la Salud Penitenciaria en Chile?
11. Desde su experiencia... ¿De qué manera las personas privadas de libertad ejercen sus derechos y deberes como usuarios del Sistema de Salud en el contexto carcelario. Ejemplo (Condiciones de vida, salud y atención)
12. ¿Están incluidas en los programas desarrollados en la atención primaria?,
13. ¿Qué posibilidades tienen de participar de los Programas propuestos en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar? (Ejemplo Chile Crece Contigo)
14. ¿Son incluidos en las encuestas de satisfacción usuaria?

**Item III:** Significaciones subjetivas respecto a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad, y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile

15. ¿Qué significan para usted las personas privadas de libertad?
16. ¿Qué significa para usted y cuál es rol de la cárcel en nuestra sociedad?
17. ¿Qué cárceles conoce? Y cuándo fue la última vez que visitó alguna...?
18. En su opinión, desde su experiencia: ¿Qué características presentan las condiciones de vida de la población carcelaria?
19. ¿Qué características presentan las condiciones de Salud de la población carcelaria?
20. ¿Cuáles son las condiciones de atención de la salud de la población carcelaria?
21. ¿Qué significa para usted el derecho a la Salud?
22. ¿Qué significa para usted el Derecho a la Salud en el contexto carcelario?
23. En su opinión, desde su experiencia, el Estado protege el derecho a la salud de las personas privadas de libertad? ¿en qué aspectos? Y ¿De qué manera lo hace?
24. Existen diversos estudios en donde se revela que las condiciones de vida y salud en las cárceles de Chile, no cumplen las expectativas de la garantía de

derechos humanos y que por ende se vulnera el Derecho a la vida digna y a la Salud en particular. ¿Cuál es su opinión al respecto?

#### Item IV: Proyecciones y Sugerencias

25. A partir de lo conversado si de usted dependiera...

26. En el terreno político-jurídico, que cambios podrían propiciar un avance en la solución de esta problemática.

27. ¿Qué acciones en su opinión serían necesarias para avanzar en la calidad de la Salud Penitenciaria?

28. ¿Cuáles con los tópicos que le gustaría que se reforzarán en una política Pública de Salud Penitenciaria?

29. ¿Qué instituciones podrían favorecer el desarrollo de la Salud en las cárceles?

30. Ahora nos interesa puntualizar algún punto que usted considere necesario abordar, y que no fue consultado.

**Síntesis y cierre:** Con esto la entrevista se toma por finalizada, muchas gracias por la información que nos acaba de brindar, la cual será de gran utilidad para nuestro estudio, le recuerdo que sus datos se mantendrán en confidencialidad y su identidad anónima.

Se procede a despedirse del entrevistado/a y a grabar impresiones y/o cualquier comentario importante.



### ANEXO N°3: PAUTA DE ENTREVISTA ACTORES OPERATIVOS

FECHA		HORA DE INICIO	
LUGAR		HORA DE TÉRMINO	
ENTREVISTADOR/A			

**Título del estudio:** Significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria: Un análisis desde los actores sociales, sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, en dos cárceles de la V Región de Chile, 2012-2018.

**Investigador principal del estudio:** Daisy Iturrieta Henríquez, Socióloga, Magister en Salud Pública y Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva.

**Objetivo de la herramienta:** Rescatar, desde su experiencia y ámbito de acción, las significaciones y prácticas sanitarias, en torno a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad, y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile.

Saludo Inicial:

Buenos días/buenas tardes, en el marco de la Investigación en la cual usted aceptó participar, lo invitamos a conversar sobre la significación que le asigna usted al derecho a la salud de las personas privadas de libertad y prácticas sanitarias realizadas desde su gestión en el último año en el contexto carcelario al cual se circunscribe su gestión.

La presente entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora 30 minutos, y será utilizada como fuente de información para el estudio. Dentro de esta entrevista, sus datos personales permanecerán confidenciales y su identidad se mantendrá en el anonimato. Si usted lo permite la entrevista se registrará

mediante una grabadora y luego será transcrita en un computador de mi pertenencia para su posterior análisis. Es importante que aclarar que en esta entrevista no hay respuestas buenas o malas, lo fundamental es saber su opinión, experiencias y percepciones.

Item I: Significaciones del Derecho a la Salud... en este ítem conversaremos sobre el pensar, el sentir y el hacer respecto al Derecho a la Salud.

1. ¿Qué significan para usted las personas privadas de libertad?
2. ¿Qué significa para usted y cuál es rol de la cárcel en nuestra sociedad?
3. Usted conoce alguna cárcel circunscrita a su territorio?, cuándo fue la última vez que la visitó...?
4. ¿Qué significa para usted el derecho a la Salud?
5. ¿Qué significa para usted el Derecho a la Salud en el contexto carcelario?
6. ¿Desde su experiencia como gestor, de qué manera el Estado protege el derecho a la salud de las personas privadas de libertad?
7. Existen diversos estudios en donde se revela que las condiciones de vida y salud en las cárceles de Chile, no cumplen las expectativas de la garantía de derechos humanos y que por ende se vulnera el Derecho a la vida digna y a la Salud en particular, se evidencia que la situación de salud de la población penal es menos saludable que la población general y que la prevalencia de enfermedades infecciosas, crónicas y de riesgo, es significativamente mayor en condiciones de encarcelamiento. A ello se suma el nivel de hacinamiento, la violencia, la fractura familiar que se genera, el sometimiento y prácticas de poder, contextos sanitarios deficientes, tensión entre la relación médico-paciente, escaso acceso a la atención médica especializada, problemas de salud mental escasamente abordados y presencia de causas de mortalidad evitables. ¿Cuál es su opinión respecto a las vulneraciones del Derecho a la Salud y a la vida digna que se documentan en las investigaciones realizadas por diversas instituciones a nivel nacional e internacional?

8. Desde su rol como gestor, ¿Qué acciones realiza en pro de favorecer el ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile?
9. ¿Cuáles podría sugerir para avanzar en esta materia?

#### Item II: Directrices de la Política Pública de Salud Penitenciaria

Desde su cargo como define Salud Penitenciaria

10. ¿Con qué instrumentos jurídicos y normativos cuenta usted para direccionar su labor como gestor en salud, en el contexto carcelario? (Normas, Convenios, oficios etc.)
11. Desde su cargo que nos puede contar sobre las directrices ministeriales (Ministerio de Justicia y de Salud) con las cuales se cuentan actualmente para abordar la Salud en las cárceles de Chile.
12. ¿Con qué instrumentos jurídicos y normativos cuenta usted para direccionar su labor como gestor en salud, en el contexto carcelario? (Normas, Convenios, oficios etc.)
13. ¿Qué instituciones están vinculadas a favorecer el desarrollo de la Salud en las cárceles y que acción le corresponde a cada una?
14. ¿Qué instituciones podrían favorecer el desarrollo de la Salud en las cárceles?

#### Item III: Implementación de la Política Pública de Salud Penitenciaria

15. ¿Cómo se articula la gestión de acciones sanitarias desde el Ministerio de Salud y de Justicia con Gendarmería de Chile, en los distintos niveles de operatividad? (Nacional, regional y local, según la dependencia geográfica del actor social entrevistado) ¿Qué instituciones públicas y privadas participan?
16. ¿Qué nivel de coordinación existe? Y ¿En qué ámbitos?
17. ¿Qué actores participan de la gestión?
18. ¿Qué acciones/prácticas sanitarias se han realizado en el último año?
19. ¿Con qué recursos cuentan?

20. Desde su experiencia...¿De qué manera las personas privadas de libertad ejercen sus derechos y deberes como usuarios del Sistema de Salud en el contexto carcelario.

Ejemplo: ¿Están incluidas en los programas desarrollados en la atención primaria?,¿Qué posibilidades tienen de participar de los Programas propuestos en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar? (Ejemplo Chile Crece Contigo),¿Son incluidos en las encuestas de satisfacción usuaria?.

#### Item IV: Proyecciones y Sugerencias

21. A partir de lo conversado... ¿Qué cambios se deben generar y a qué nivel de incidencia para mejorar las condiciones de vida y salud de las personas privadas de libertad?

22. ¿Cuáles con los tópicos que le gustaría que se reforzarán en una política Pública de Salud Penitenciaria?

23. Ahora nos interesa puntualizar algún punto que usted considere necesario abordar, y que no fue consultado.

**Síntesis y cierre:** Con esto la entrevista se toma por finalizada, muchas gracias por la información que nos acaba de brindar, la cual será de gran utilidad para nuestro estudio, le recuerdo que sus datos se mantendrán en confidencialidad y su identidad anónima.

Se procede a despedirse del entrevistado/a y a grabar impresiones y/o cualquier comentario importante.

## ANEXO Nº4: BITÁCORA “CÍRCULOS DE REFLEXIÓN SOBRE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL”

Objetivo de la herramienta: Rescatar, desde las experiencias y vivencias de las personas privadas de libertad el significado que tiene su persona, la cárcel como institución pública y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile, además de recuperar los sueños y proyecciones.

La bitácora fue diseñada de manera específica para ser desarrollada en las sesiones con las personas privadas de libertad (Ver imagen Nº5), en donde se dio lugar a la utilización de hojas de colores y tarjetas con preguntas vinculantes al objetivo de la herramienta. Con el paso de los días las bitácoras tomaron un sello propio, el que se lo dio cada integrante.

**Imagen Nº5: Ejemplificación del diseño de la bitácora personal.**



**ANEXO Nº5: RESOLUCIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR REGIONAL DE GENDARMERÍA AUTORIZANDO LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO EN LA CÁRCEL DE SAN FELIPE, LOS ANDES Y EL COMPLEJO DE VALPARAÍSO.**

EAMB/RA/V/JVP/ccm

<b>MINISTERIO DE HACIENDA OFICINA DE PARTES</b>	
<b>RECIBIDO</b>	
<b>CONTRALORIA GENERAL OFICINA DE RALÓN</b>	
<b>RECEPCION</b>	
TITULO	
FECHA DE RECEPCION	
FECHA DE ENTREGA	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
<b>REFERENDACION</b>	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	
FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE VENCIMIENTO	

**AUTORIZA TRABAJO DE TESIS EN EL C.C.P. SAN FELIPE Y C.C.P. LOS ANDES**

**N° 2733 /EX.**

**VALPARAÍSO, 19 octubre 2017**

**VISTOS:** Memo N° 226 de 18/10/2017 de Encargado Área Salud; lo dispuesto en la letra p) del Artículo 4° de la Resolución N° 1229 Ex. de 14 de Junio de 1985 y Circular N° 0173 de 19 de junio de 1999 ambas de la superioridad Institucional; los Dictámenes N° 12.142 de 1994 y N° 4663 de 1996 de la Contraloría General de la República; este Director Regional de Gendarmería de Chile en uso de las atribuciones que me han sido conferidas he resuelto dictar la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

**I.- AUTORIZASE,** al socióloga doña DAISY ITURRIETA HENRIQUEZ RUN N°15.092.687-4, proveniente de la academia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, para que realice trabajo de tesis en el CCP San Felipe y C.C.P. Los Andes denominado "Políticas Públicas en Materia de Salud Penitenciaria", bajo la supervisión, control y responsabilidad del profesional Luis Núñez Olguín. El presente trabajo se llevará a cabo a partir del 23/10/2017 al 31/03/2017 de lunes a viernes en horario de 08:30 a 17:00 horas.

**II.- DEJASE CONSTANCIA** que para efectos de control, deberá implementarse un sistema de registro de asistencia diaria, que servirá de base para respaldar el racionamiento alimenticio y reembolso de pasajes, el cual deberá encontrarse disponible cuando sea requerido por instancias Institucionales o de Educación.

**III.- DISPONGASE** que la profesional antes mencionada tendrá derecho a alimentación fiscal, gasto con cargo al presupuesto corriente de Gendarmería de Chile asignado al C.C.P. San Felipe y Los Andes respectivamente conforme los días que asista a cada unidad a realizar su proyecto de tesis.

**ANOTÉSE Y COMUNÍQUESE**



**EDUARDO A. MUÑOZ BRAVO**  
Coronel  
Director Regional

- EXP. N°713862/2017
- Distribución:**
- ✓ CCP San Felipe
  - ✓ CCP Los Andes
  - ✓ Jefe Administrativo CCP San Felipe
  - ✓ Jefe Administrativo CCP Los Andes
  - ✓ Interesados(01)
  - ✓ Área Salud Regional
  - ✓ Oficina de Recursos Humanos Dirección Regional
  - ✓ Of. Partes Dirección Regional

## ANEXO N°6: CARTA TIPO DE INVITACIÓN ACTORES POLÍTICOS Y OPERATIVOS

San Felipe, Octubre 2017

Señor(a)  
Nombre  
Cargo

---

Junto con saludar, me presento, mi nombre es Daisy Iturrieta, Socióloga, Magister en Salud Pública y actualmente Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana de México. A la fecha me encuentro en la fase de trabajo de campo de mi tesis titulada: Significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria: Un análisis desde los actores sociales, sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, en dos cárceles de la V Región de Chile, 2012-2018. Proyecto de Investigación que fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua el XX de Julio del 2017.

El objetivo general del estudio es: Analizar las significaciones respecto a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud, en la formulación e implementación de la política pública de salud penitenciaria, tanto a nivel institucional como a nivel de los actores sociales involucrados, específicamente en la V Región de Chile y en la Provincia de San Felipe y Los Andes.

Para dar cumplimiento a este objetivo, me he propuesto documentar los marcos jurídicos y normativos institucionales que direccionan la política pública de Salud Penitenciaria, caracterizar la implementación institucional de la política pública de salud penitenciaria dispuesta por el Ministerio de Justicia y de Salud y revelar las significaciones que tienen los actores políticos, operativos y las personas privadas de libertad sobre el ejercicio del derecho a la salud en el contexto carcelario. Para

darle vida a esta propuesta se hace necesario contar con documentos normativos institucionales, su experiencia y relato, por ello le invitamos a participar a través de una entrevista cuya duración aproximada es de una hora. La participación es voluntaria, de carácter confidencial y su participación no tiene riesgo ni beneficio asociado de manera personal ni profesional. Para resguardar los principios éticos se considera un consentimiento informado, que será firmado al momento de la realización de la entrevista. Esperando pueda acoger de manera positiva la invitación, confirmando una fecha y hora en que le pueda visitar, se despide cordialmente

Daisy del Rosario Iturrieta Henríquez

Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva

daisy.iturrieta@uv.cl

Teléfono de contacto +569996456



ANEXO N°7: CARTA TIPO DE INVITACIÓN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

San Felipe, Octubre 2017

Señor(a)

Nombre

---

Junto con saludar, le invitamos cordialmente a ser partícipe de la investigación titulada: Política Pública en materia de Salud Penitenciaria: Una mirada respecto al ejercicio del Derecho a la Salud en las cárceles de Chile. V Región. 2017-2019. Proyecto de Investigación que fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua el 07 de agosto del 2017. El objetivo general del estudio es: Analizar las significaciones respecto a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud, en la formulación e implementación de la política pública de salud penitenciaria, tanto a nivel institucional como a nivel de los actores sociales involucrados, específicamente en la V Región de Chile y en la Provincia de San Felipe y Los Andes. Para dar cumplimiento a este objetivo, nos hemos propuesto documentar los marcos jurídicos y normativos institucionales que direccionan la política pública de Salud Penitenciaria, caracterizar la implementación institucional de la política pública de salud penitenciaria dispuesta por el Ministerio de Justicia y de Salud y revelar las significaciones que tienen los actores políticos, operativos y las personas privadas de libertad sobre el ejercicio del derecho a la salud en el contexto carcelario. Para darle vida a esta propuesta se hace necesario contar con una entrevista grupal, la que se trabajará en dos sesiones de una hora. La fecha propuesta es el xx de xx del 2017 en la sala xxx.

La participación es voluntaria, de carácter confidencial y su participación no tiene riesgo ni beneficio asociado de manera personal. Para resguardar los principios éticos se considera un consentimiento informado, que será firmado al momento de la realización de la entrevista. Esperando pueda acoger de manera positiva la invitación, confirmando su participación con la Srta. XX, Coordinadora de la Unidad Técnica. Sin otro particular se despide cordialmente.

Equipo de Investigación

ANEXO Nº8: APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA. CHILE. V REGIÓN.



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO/**  
EU, CCS/ avu

San Felipe, 07 de Agosto de 2017.

**Carta-C.E.C 38/2017**

**ESTIMADA:  
DAISY ITURRIETA HENRÍQUEZ  
INVESTIGADORA PRINCIPAL  
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
PRESENTE**

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó el Estudio: **“Política Pública en materia de salud penitenciaria: una mirada respecto al ejercicio del derecho a la salud en las cárceles de Chile. V región 2017-2019”**, en este contexto, se informa que se definió **Aprobado**, debido al cumplimiento de los aspectos científicos metodológicos y éticos, revisados por este comité.

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.



**DR. PATRICIO NEIRA GUERRA  
PRESIDENTE  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**Distribución:**

- Oficina de Partes CEC-SSA

## ANEXO N°9: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### 1) DOCUMENTO DE INFORMACIÓN

Título del estudio: Significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria: Un análisis desde los actores sociales, sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, en dos cárceles de la V Región de Chile, 2012-2018.

Investigador principal del estudio: Daisy Iturrieta Henríquez, Socióloga.

Unidad académica responsable: Universidad Autónoma Metropolitana. México.

El presente documento tiene por finalidad aportarle información para decidir libremente si desea participar en esta investigación. Tome el tiempo que considere necesario para decidir, evaluando riesgos y beneficios. Si tiene alguna duda, en cualquier momento puede acercarse al investigador responsable para resolverla.

Objetivo de la investigación:

La investigación en la que está decidiendo participar, tiene como objetivo: Analizar las significaciones respecto a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud, en la formulación e implementación de la política pública de salud penitenciaria, tanto a nivel institucional como a nivel de los actores sociales involucrados, específicamente en la V Región de Chile y en la Provincia de San Felipe y Los Andes.

CONSIDERACIONES:

Esta investigación corresponde a una actividad diseñada para producir un nuevo conocimiento, y no logrará entregarle a usted algún servicio, prestación médica o remuneración en particular. No tiene ninguna influencia, ni directa o indirecta, en el ambiente, preferencia o cualquier otro parámetro en la calidad de atención de salud. Usted ha sido invitado a formar parte de la investigación en función de su calidad de gestor (político u operativo) o usuario en política pública de Salud Penitenciaria.

Se privilegiará el acercamiento a través de un trato adecuado en coherencia al respeto que se merece como persona. Usted puede abandonar la investigación en el momento en que lo desee, sin la necesidad u obligatoriedad de justificar o dar explicación alguna.

## PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para lograr los objetivos de este estudio, se contemplará la realización de una entrevista personalizada de tipo semi-estructuradas (o de carácter grupal para los usuarios) con el fin de recopilar información respecto a su experiencia y conocimiento en Salud Penitenciaria y las posibilidades de mejora.

## BENEFICIOS:

En este proyecto usted no se verá beneficiado directamente durante su desarrollo y finalización. No obstante, los resultados y conclusiones que se obtengan, podrían proporcionar una base informativa sólida para el mejoramiento de las prácticas sanitarias a desarrollar en la cárcel de Chile y de la V Región en particular.

## RIESGOS:

Si bien este estudio fue diseñado para no generar daño físico, social o psicológico, sin embargo, nos encontramos frente al riesgo de pérdida de confidencialidad; para subsanar esta posibilidad, le aseguramos que las entrevistas serán realizadas en

una sala cerrada, en donde solo estará el entrevistador y usted, en un ambiente cómodo para ambos y sin la presencia de funcionarios externos o internos a la institución. Es importante destacar que se grabará la entrevista, para obtener un audio que permita utilizar la información obtenida de manera anónima.

#### CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

La información obtenida se mantendrá en forma anónima y confidencial:

- El nombre, edad u otros detalles de los participantes no será solicitado para la ejecución de la entrevista.
- La información obtenida a partir de la actividad será transformada a formato digital sin tener una asociación a sus datos sensible. Posteriormente, la grabación será destruida y solo se guardará el formato digital, dejado a cargo de la investigadora principal.
- Es posible que los resultados obtenidos, a partir de la suma de las reflexiones de los participantes y su posterior análisis sean presentados en revistas, conferencias, congresos o notas de prensa.

#### COMPENSACIONES:

No está contemplado en esta investigación realizar compensaciones de cualquier tipo (Incluyendo monetarias) por su participación en la misma.

#### VOLUNTARIEDAD:

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar o a dejar de participar (retirarse) en cualquier momento. Al hacerlo, no pierde ningún derecho como usuario o funcionario (Colocar la institución a la que pertenece el entrevistado). En el caso que decida retirar su consentimiento

una vez recabados los datos, éstos serán eliminados y no podrán ser utilizados en la investigación final.

#### PREGUNTAS:

Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar al investigador principal, en cualquier momento del trabajo en terreno llamando al teléfono (+569) 99645634. Si tiene la posibilidad, también existe un mail propio de la investigadora principal (daisy.iturrieta@uv.cl)

## 2) DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Título del estudio: Significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria: Un análisis desde los actores sociales, sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, en dos cárceles de la V Región de Chile, 2012-2018.

Investigador principal del estudio: Daisy Iturrieta Henríquez, Socióloga, Magister en Salud Pública, estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana.

Yo \_\_\_\_\_ declaro bajo mi responsabilidad que he leído la hoja de información sobre el estudio y acepto participar.

Se me ha entregado una copia de la hoja de información al participante y una copia de este consentimiento informado, con fecha y firma. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas y todas ellas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Sé que mi identidad se mantendrá en secreto.

Soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento por cualquier motivo, sin tener que dar explicación.

Entiendo que el objetivo del estudio es Analizar las significaciones respecto a la cárcel como institución pública, la persona privada de libertad y el Estado como garante del ejercicio del Derecho a la Salud, en la formulación e implementación de la política pública de salud penitenciaria, tanto a nivel institucional como a nivel de los actores sociales involucrados, específicamente en la V Región de Chile y en la Provincia de San Felipe y Los Andes.

Comprendo que podré acceder a voluntad a los resultados de esta investigación.

Yo doy voluntariamente mi consentimiento para que mis relatos y discursos puedan ser utilizados en el estudio.

---

Fecha y Firma Participante

Yo, \_\_\_\_\_ constato que he explicado las características y el objetivo del estudio al sujeto participante. El sujeto está consiente de participar por medio de su firma fechada en persona

---

Fecha y Firma del investigador