



## **SALUD PENITENCIARIA**

### *Informe de Visita al Hospital Penitenciario de C.D.P. Santiago Sur*

Comité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles,  
Inhumanos o Degradantes

Febrero, 2023

## Índice

<b>I. Introducción</b>	5
<b>II. Presentación del CPT</b>	7
<b>III. Antecedentes</b>	8
<b>1. Marco normativo</b>	8
a. Marco normativo internacional	8
b. Marco normativo nacional	12
<b>2. Características de la salud penitenciaria</b>	14
a. Importancia de analizar el estado de la salud penitenciaria	14
b. Nivel de salud de las personas privadas de libertad	15
c. Causas de muerte en las cárceles chilenas	16
d. Acceso a servicios de salud en las cárceles chilenas	18
e. Hacia un sistema de salud penitenciario integrado a la red pública	21
<b>IV. Características de la visita</b>	22
1. Contexto de la visita	22
2. Objetivos de la visita	24
3. Metodología de la visita	24
a. Trabajo de campo	24
b. Recolección de información	25
c. Dificultades y limitaciones de la recolección de información	26
d. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas	26
e. Procesamiento y análisis de la información	28
f. Consideraciones éticas	28
<b>V. Hallazgos de la visita</b>	28
1. Gestión y organización del establecimiento	29
2. Gestión del personal	33
3. Régimen y actividades	37
a. Ingreso al Hospital Penitenciario	37
b. Evaluación al ingreso	39
c. Motivos de ingreso	39

d. Criterios de segmentación	40
e. Egreso, seguimiento — derivación	40
f. Contacto con el mundo exterior	40
4. Condiciones materiales del establecimiento	42
5. Atención de salud	45
7. Medidas de protección	47
8. Seguridad, orden y disciplina	48
9. Trato y violencia	52
VI. Recomendaciones	53
VII. Seguimiento	55
VIII. Referencias Bibliográficas	56

## Comité de Prevención contra la Tortura

### Expertas/os

Sebastián Cabezas Chamorro, Javiera Canessa Cordero, Alejandra Díaz Gude, Yamileth Granizo Román, Francisco Maffioletti Celedón, Luis Vial Recabarren.

Granizo Román, Ignacia Macari Toro, Paula Pérez Morgado, Steffi Schramm López, Marcela Ureta Melo, Luis Vial Recabarren.

### Comisión de Visita

Sebastián Cabezas Chamorro, Javiera Canessa Cordero, Alejandra Díaz Gude, Ana Figueroa Salazar, Yamileth Granizo Román, Paula Pérez Morgado, Marcela Ureta Melo, Luis Vial Recabarren.

### Edición final

Paula Pérez Morgado

Santiago de Chile, febrero de 2023.

### Equipo de investigación, análisis y redacción

Javiera Canessa Cordero, Ana Figueroa Salazar, Yvette Marcela García Sepúlveda, Yamileth

Esta publicación es de uso público, y sus contenidos pueden ser reproducidos total o parcialmente, citando la fuente.

Forma de citación sugerida: Comité para la Prevención de la Tortura [CPT] (2023), *Informe de Visita al Hospital Penitenciario de C.D.P. Santiago Sur*.

## **I. Introducción**

El presente informe expone los resultados de la visita realizada por el Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) al Hospital Penitenciario del C.D.P. Santiago Sur, realizada los días 7 y 27 de julio de 2022. El objetivo de la visita fue analizar el funcionamiento del Hospital para detectar los factores de riesgo de tortura y/o tratos crueles, inhumanos o degradantes que puedan presentarse durante la atención de salud de las personas privadas de libertad.

1. Describir las instalaciones del Hospital y el estado de conservación y disponibilidad de equipamiento médico.
2. Conocer el presupuesto del Hospital y su distribución.
3. Comprender el modelo de gestión del Hospital y su articulación con otros establecimientos de salud.
4. Analizar el modelo de atención de salud ofrecido por el Hospital a las personas privadas de libertad.
5. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la administración y funcionamiento del recinto visitado.

Esta visita surge a raíz de antecedentes recolectados por el CPT en visitas previas a establecimientos penitenciarios, donde se han observado y recogido relatos que mencionan, de manera frecuente y generalizada, problemas en el acceso a la salud por parte de las personas privadas de libertad. A partir de estas observaciones se comenzó a indagar en la organización de la atención de salud en el sistema penitenciario, las necesidades que se presentan para las/os trabajadoras de la salud y las personas privadas de libertad y los principales nudos críticos que dificultan el acceso a la salud para todas las personas que lo requieran sin discriminación debido a su privación de libertad.

Para esta visita, el Comité desarrolló un diagnóstico de la situación de la salud penitenciaria, con especial énfasis en la relación entre la salud penitenciaria y los sistemas de salud nacional y los nudos críticos en la atención de salud de las personas privadas de libertad. Este diagnóstico, basado en información secundaria y la revisión de estándares internacionales, se utilizó para enmarcar el problema y permitió el diseño de instrumentos de levantamiento de información. De esta forma, se cumplió con lo estipulado en el marco regulatorio nacional e internacional, en el que destacan el derecho a recibir una atención de salud apropiada y sin discriminación por la situación de privación de libertad, el derecho a una vida saludable y a un sistema de salud que promueva la salud mediante la prevención y la necesidad de contar con un sistema de salud pública que incorpore a las personas privadas de libertad en sus planes, programas, acceso a prestaciones y que trabaje de manera articulada con el subsistema de salud penitenciaria.

Este informe está dirigido a las personas privadas de libertad y sus familiares, a la comunidad de derechos humanos nacional e internacional, a las organizaciones de la sociedad civil, a la academia, al Estado de Chile y, especialmente, a la institucionalidad de Gendarmería de Chile y sus funcionarias/os de salud, quienes atienden directamente a las/os pacientes que se encuentran privadas/os de libertad, ya que todos estos actores podrían acoger los hallazgos que aquí se presentan y jugar un rol activo en la implementación de soluciones con una perspectiva de derechos humanos.

La estructura de este informe es la siguiente: En primer lugar, se realiza una breve presentación del CPT (Capítulo II), para luego exponer los principales antecedentes de esta visita (Capítulo III). Posteriormente, se presentan los objetivos de la visita (Capítulo IV) y los hallazgos obtenidos (Capítulo V). A continuación, se presentan recomendaciones (Capítulo VI) para el fortalecimiento del subsistema de salud penitenciario, su articulación con el sistema público de salud en general y la mejora de las condiciones de pacientes y trabajadores del Hospital Penitenciario, con el fin de crear condiciones que favorezcan el ejercicio del derecho a la salud y la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que puedan afectar a las personas privadas de libertad. Para finalizar, se realiza una breve descripción de la metodología de seguimiento de recomendaciones (Capítulo VII).

## II. Presentación del CPT

El Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) es un órgano creado en cumplimiento de las obligaciones adquiridas por Chile mediante la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT). Por medio de la Ley N°21.154, publicada el 25 de abril de 2019, se designó al Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) como el Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, estableciendo que este actuará exclusivamente a través del CPT. Este Comité de Experto/as comienza a instalarse en el país en abril del 2020 como un organismo autónomo que asume la dirección del MNPT en Chile, buscando reforzar el sistema de protección y promoción de los derechos humanos en Chile, dando aplicación a lo dispuesto en el OPCAT, los tratados internacionales en la materia ratificados por Chile, la Constitución Política de la República y la demás normativa vigente.

Entre las funciones asignadas al Comité en el artículo 3° de la Ley N°21.154, se encuentran las siguientes, en las cuales se enmarca legalmente este informe:

- Examinar periódicamente las condiciones de las personas privadas de libertad y el trato que reciben;
- Realizar visitas periódicas preventivas no programadas y de monitoreo a los lugares de privación de libertad que determine libremente;
- Reunirse con las personas que se encuentren en el lugar objeto de su visita y efectuar las entrevistas personales o grupales que estime pertinente;
- Realizar las recomendaciones pertinentes a las autoridades competentes del servicio responsable del lugar de privación de libertad.

Dadas sus atribuciones, el CPT tiene a su cargo el monitoreo permanente de una serie de recintos de diversa naturaleza, incluyendo unidades policiales, recintos penitenciarios, centros de internación psiquiátrica, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y residencias para niñas, niños y adolescentes (NNA) que se encuentran bajo cuidado o custodia del Estado, entre otros.

Se debe destacar que la labor del CPT supone un rol primordialmente preventivo, es decir, su trabajo está orientado a la anticipación de hechos de tortura y malos tratos, con el fin de evitar que éstos se produzcan. El monitoreo preventivo pone el foco en los aspectos estructurales y factores de riesgo que constituyen la fuente o causa para la ocurrencia de situaciones de tortura y/o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

### III. Antecedentes

#### 1. Marco normativo

##### a. Marco normativo internacional

Mediante la ratificación de diversos tratados internacionales, los Estados se han obligado a garantizar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental<sup>1</sup> y social<sup>2</sup>, entendido este, entre otros, como el acceso a tratamientos, rehabilitación y prevención de condiciones de salud, con los que se logre alcanzar dicho estándar<sup>3</sup>. Los Estados deben asegurar el acceso y disfrute del derecho a la salud a todas las personas, sin discriminación alguna<sup>4</sup>, y teniendo en consideración a los grupos en situación de vulnerabilidad<sup>5</sup>, como lo son las personas privadas de libertad. Esto es de especial relevancia considerando la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, además de su reciente Opinión Consultiva OC-29/22, instancias en donde se ha enfatizado en la especial posición de garante en que se encuentra el Estado en relación con los derechos de las personas que se hallen bajo su custodia<sup>6</sup>, entendiendo que “las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio”<sup>7</sup> sobre las mismas. En tal sentido, el Estado debe promover, garantizar y proteger la salud y el bienestar de las personas privadas de libertad<sup>8</sup>, lo que incluye el deber de prestar servicios médicos de manera precisa y oportuna (Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. Reglas 22 a 26).

Lo anterior se ha reforzado a nivel internacional con la elaboración de algunos instrumentos sobre la materia. Por un lado, el Sistema Universal de Derechos Humanos elaboró los “Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos”, en el cual se consagra el derecho a la salud de este grupo en situación de vulnerabilidad en su principio 9. Estos fueron adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en la resolución N° 45/111 de 1990, con el fin de fortalecer y facilitar la aplicación de las “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos”, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente en 1955 y luego aprobadas por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas en resoluciones de los años 1957 y 1977. Considerando la evolución de los tiempos, las mismas fueron objeto de una actualización mediante la resolución N° 70/175 de la Asamblea General de Naciones Unidas del año 2015, pasando a llamarse “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas

---

<sup>1</sup> Artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por el Estado de Chile en 1972.

<sup>2</sup> Artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), ratificado por el Estado de Chile en 2022.

<sup>3</sup> ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General N° 14 (2000) - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. 11 de agosto de 2000, párr. 9. E/C.12/2000/4.

<sup>4</sup> *Ibid.*, párr. 18.

<sup>5</sup> Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de octubre de 2021, párr. 100.

<sup>6</sup> Corte IDH. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, párr. 33.

<sup>7</sup> Corte IDH. Caso “Instituto de Reeduación del Menor” Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 02 de septiembre de 2004, párr. 152; Corte IDH. Caso López y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2019, párr. 90.

<sup>8</sup> Corte IDH. Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013, párr. 202.

para el Tratamiento de los Reclusos”, más conocidas como las “Reglas Nelson Mandela”. En ellas se consagra el derecho a la salud de las personas privadas de libertad en las reglas 24, 25, 26, 27, entre otras.

Por otro lado, en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, en cumplimiento de la resolución N° 2283 de 05 de junio de 2007 de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos adoptó los “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas”, por medio de la resolución N° 01/08 de 13 de marzo de 2008. En particular, estos se refieren al derecho a la salud desde su principio IX.

Ahora bien, en relación a los contenidos específicos de estos instrumentos, las “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos” (“Reglas Nelson Mandela”) determinan que las **prestaciones de salud** para las personas privadas de libertad deberán cumplir con los mismos estándares de aquellas que no se encuentren en dicha situación<sup>9</sup>, entendiéndose que el **acceso** a éstas debe ser **gratuito** y ejercido **sin discriminación** (Reglas Nelson Mandela, Regla 24 párr. 1). En línea con ello, los servicios médicos que se presten en los centros penitenciarios, deben garantizar la privacidad de las personas y la información sobre la salud de los internos debe tratarse de manera confidencial (Reglas Nelson Mandela, Regla 26, párr. 1; Regla 32, párr. 1 c). El equipo médico encargado de las prestaciones de salud tiene que ser suficiente para atender a las personas bajo su cuidado y, a su vez, se espera que éste no tenga vínculos con las autoridades penitenciarias, debido a que aquello implica una salvaguardia relevante en contra de la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes de este grupo poblacional<sup>10</sup>. Este equipo médico tiene que tener un carácter interdisciplinario, lo que incluye especialidades en psicología y psiquiatría (Reglas Nelson Mandela, Regla 25, párr. 2) y visitas periódicas de un dentista calificado. De esta forma, se debe contar con atención médica regular, lo que incluye especialmente la atención psiquiátrica<sup>11</sup>, y con servicios de atención médica de urgencia en caso de accidentes, enfermedades agudas y emergencias, así como servicios de atención médica regulares, y atención y tratamiento adecuados para enfermedades agudas, crónicas y seguimiento de casos<sup>12</sup>. Si no se cuenta con dicha atención en el centro penitenciario, tienen que existir procedimientos adecuados de derivación a centros de salud en casos de urgencia, ya sea de otros establecimientos de salud penitenciarios o a centros de salud en el exterior (Reglas Nelson Mandela, Regla 27, párr. 1)<sup>13</sup>.

Tanto las Reglas Nelson Mandela (Regla 24) como los Principios y Buenas Prácticas Sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (Principio X) destacan que **los servicios de salud que se ofrecen en las cárceles deben articularse con el sistema de salud público**, para que se logren cubrir las debidas atenciones y tratamientos de salud y, a su vez, para que las políticas y prácticas que se llevan a cabo en la salud pública sean incorporadas en el trabajo de los organismos de salud penitenciaria. De esta forma, los Estados tienen la obligación de contar con una regulación de la atención médica que se brinde en los centros penitenciarios<sup>14</sup>.

---

<sup>9</sup> Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016, párr. 177.

<sup>10</sup> Corte IDH. Caso Vélez Loor Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010, párr. 220.

<sup>11</sup> Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016, párr. 178.

<sup>12</sup> Corte IDH. Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 07 de septiembre de 2004, párr. 156.

<sup>13</sup> Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016, párr. 178.

<sup>14</sup> Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019, párr. 84.

Especial atención reviste el derecho de las personas reclusas a tener un **examen médico inicial** inmediatamente posterior a la detención (Reglas Nelson Mandela, Regla 30)<sup>15</sup>. Este examen médico debe realizarse en menos de 48 horas posteriores a la detención; se tienen que documentar las enfermedades existentes; otorgarle a la persona privada de libertad la posibilidad de darle continuidad al tratamiento; diagnosticar enfermedades no identificadas previamente; reportar riesgos de autolesión y suicidio; proporcionar a la persona detenida la información necesaria sobre los servicios de salud para que pueda tomar las debidas decisiones de forma informada<sup>16</sup> y detectar signos de tortura, malos tratos y violencia sexual. Es de especial importancia que, en caso de detectar indicios de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el caso se documente y se efectúe la respectiva denuncia ante las autoridades competentes, cuidando que las víctimas no queden expuestas a represalias u otros riesgos a su integridad física o mental (Reglas Nelson Mandela, Regla 34).

El equipo médico debe mantener **expedientes médicos confidenciales y actualizados** de cada paciente y cada atención médica<sup>17</sup>. Con ello se respetan los principios de confidencialidad y autonomía del paciente respecto de su propia salud y consentimiento informado en la relación médico-paciente (Reglas Nelson Mandela, Regla 26, párr. 1). También es necesario que se mantenga un registro de enfermedades, accidentes, muertes bajo custodia y/o cuidado del Estado, provisión de medicamentos y el presupuesto general en materia de salud.

Los servicios médicos también deben incluir **protocolos de prevención y campañas de promoción** y educación en salud, incluyendo, por ejemplo, en materia de nutrición, ejercicio y en contra de la intimidación y la violencia (Principios y Buenas Prácticas Sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Principio X). A su vez, se debe contar con programas de prevención de autolesiones y suicidio<sup>18</sup>, prevención de violencia física y psicológica y campañas de detección de casos de tuberculosis.

En cuanto al acceso a salud de **poblaciones en situación de vulnerabilidad**, los establecimientos penitenciarios les deben ofrecer atención de salud especializada, tanto a mujeres, niñas y niños, víctimas de violencia física y sexual, personas en situación de discapacidad, personas pertenecientes a pueblos originarios y población LGBTIQ+. Como ha señalado la Corte IDH:

“determinados grupos de personas privadas de libertad, debido a su condición, rasgos identitarios o situación actual relacionada con el sexo y género, la orientación sexual, la identidad y expresión de género, y la pertenencia étnica entre otros, sufren un mayor grado de vulnerabilidad o riesgo contra su seguridad, protección o bienestar como resultado de la privación de la libertad y de su pertenencia a grupos históricamente discriminados, lo que obliga al Estado a adoptar medidas adicionales y

---

<sup>15</sup> Corte IDH. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, párr. 85.

<sup>16</sup> Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, párr. 155.

<sup>17</sup> Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016, párr. 178.

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra, Suiza.

particularizadas tendientes a satisfacer sus necesidades específicas en prisión y evitar que sufran malos tratos, tortura u otros actos contrarios a su dignidad<sup>19</sup>.

A esto se le debe sumar el factor edad, entendiendo que, de esta forma, se encuentran incluidos en estos grupos en situación de vulnerabilidad los niños, niñas y las personas mayores<sup>20</sup>.

Asimismo, ciertas enfermedades como el VIH, el SIDA, la tuberculosis, enfermedades infecciosas, trastornos psiquiátricos y la drogodependencia, cobran especial relevancia en la vida en prisión (Reglas Nelson Mandela, Regla 24).

Por su parte, en los establecimientos penitenciarios para mujeres deben existir instalaciones especiales para las atenciones ginecológicas y pediátricas, atenciones médicas y controles de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Sumado a ello, se debe priorizar que los partos ocurran fuera de las instalaciones penitenciarias, idealmente en hospitales civiles<sup>21</sup>.

En el mismo tema, la CIDH ha establecido que las mujeres y las niñas privadas de libertad tienen derecho a acceder a una atención médica especializada, que corresponda a sus características físicas y biológicas, y que responda adecuadamente a sus necesidades en materia de salud reproductiva (Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Principio 10).

En lo que concierne a los pueblos originarios, el derecho a la salud se debe garantizar a través de la entrega de una salud culturalmente apropiada<sup>22</sup>. Esto se traduce, por ejemplo, en que se permita el ingreso al recinto penitenciario de plantas y medicamentos tradicionales, y de personas que apliquen la medicina tradicional de la comunidad indígena<sup>23</sup>.

Para velar por el cumplimiento de las obligaciones anteriormente señaladas, es necesario que los Estados cuenten con mecanismos para inspeccionar las instituciones, presentar, investigar y resolver denuncias, además de establecer procedimientos disciplinarios o judiciales para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de las personas privadas de libertad<sup>24</sup>.

---

<sup>19</sup> Corte IDH. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, párr. 65.

<sup>20</sup> Ibid., párr. 65.

<sup>21</sup> Ibid., párr. 156.

<sup>22</sup> Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019, párr. 87.

<sup>23</sup> Corte IDH. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, párr. 322.

<sup>24</sup> Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016, párr. 179; y Corte IDH. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, párr. 264.

## b. Marco normativo nacional

La regulación de los servicios de salud en establecimientos penitenciarios en Chile se establece en el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP), la Ley Orgánica Constitucional de Gendarmería de Chile, el Manual de Derechos Humanos de la función penitenciaria de Gendarmería de Chile (Manual de Derechos Humanos), el Manual de Procedimientos Clínicos y Administrativos del Hospital Penitenciario (Manual de Procedimientos), y otras leyes y reglamentos especiales.

El REP establece que 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 (Art. 6). La Ley Orgánica Constitucional de Gendarmería establece que deben proveerse servicios de salud de manera gratuita (Art. 20). Asimismo, el REP establece que, al ingreso de un interno, la administración debe completar un expediente que incluye la situación de salud de la persona que ingrese (Art. 26). Los internos que requieran tratamiento y hospitalización serán atendidos en las unidades médicas que existan en el establecimiento penitenciario (Art. 34). Excepcionalmente, el director podrá autorizar la internación de un recluso en un establecimiento hospitalario externo cuando: (a) se trate de casos graves y urgentes, frente a los cuales las instalaciones penitenciarias no son suficientes<sup>25</sup>; y (b) cuando sin ser graves y urgentes, el recluso deba recibir un tratamiento que no se encuentra disponible dentro del establecimiento penitenciario. La derivación se realizará a un servicio de atención pública, a menos que el interno decida ir a otro tipo de establecimiento y pueda pagar por su atención (artículo 36 inciso primero). La duración de la estadía en el establecimiento externo será determinada por personal médico de Gendarmería (Art. 37).

El Manual de Derechos Humanos de Gendarmería (Gendarmería de Chile, s/f) establece que los reclusos son un grupo vulnerable, respecto del cual el Estado debe asumir la responsabilidad de cuidar su salud a través de actividades de prevención, promoción y tratamiento. El Manual consagra expresamente algunos de los principios contenidos en la normativa internacional. Establece, por ejemplo, que la administración penitenciaria debe promover el bienestar tanto de reclusos como de funcionarios. También, que los servicios de salud penitenciarios deben responder a las orientaciones y políticas emanadas del Ministerio de Salud, y adecuarse a los estándares de acceso de los ciudadanos libres. Esta indicación cumple con el principio de que la salud en centros penitenciarios sea organizada de acuerdo con los estándares de la autoridad sanitaria nacional. El Manual también establece que, al ingresar a un recinto penitenciario, los internos deben someterse a un examen médico físico y psicológico. El Manual asimismo indica que, dentro de los recintos penitenciarios, se dispondrá de instalaciones de salud y personal médico adecuado para proporcionar distintos servicios. El equipo de salud debe contar con al menos un médico, enfermero, asistente social, psicólogo y técnico paramédico. También existe el derecho a solicitar una segunda opinión médica si el paciente no está conforme con los resultados del primer informe. El equipo médico es asimismo responsable de lograr que se satisfagan las normas de salud adecuadas mediante inspecciones periódicas, y debe también asesorar al jefe de establecimiento acerca de la calidad de la alimentación, la calefacción, la iluminación, la ventilación, el vestido, la ropa de cama y las oportunidades de ejercicio (Regla 35 de las Reglas Mandela), y supervisar el cumplimiento de normas de infecciones intrahospitalarias del Ministerio de Salud<sup>26</sup>.

En casos de urgencia, la atención debe ser pertinente y oportuna. En cuanto a protocolos de derivación, los internos que no puedan recibir tratamiento en el recinto o presenten alteraciones o trastornos

---

<sup>25</sup> Para ello se debe contar con certificación del personal de salud, autorización del director del establecimiento y autorización del director regional de Gendarmería.

<sup>26</sup> Esto se encuentra contemplado en el Manual de Procedimientos Clínicos y Administrativos del Hospital Penitenciario (citado por Alcaino, 2019).

psiquiátricos o psicológicos, deberán ser trasladados a un establecimiento de salud especializado. El Manual de Derechos Humanos también reconoce que debe atenderse especialmente a las necesidades de grupos en situación de vulnerabilidad, como mujeres, personas mayores y jóvenes, y personas con enfermedades de salud mental, VIH-SIDA y tuberculosis. El Manual de Procedimientos Clínicos y Administrativos del Hospital Penitenciario reitera y expande esta normativa en términos de acceso a tratamiento e implementación de programas de salud.

Según el decreto N° 1600 de 1991 (Ministerio de Justicia), la organización, supervisión y coordinación de los servicios de salud de las unidades penitenciarias en Chile se encontraría a cargo de la denominada “Unidad de atención periférica”, que debe “organizar, supervisar y coordinar las enfermerías y salas de atención médica y dental de las unidades penales del país”<sup>27</sup>. Esta Unidad evolucionó en el actual Departamento de Salud de Gendarmería de Chile, el que está actualmente encargado de la salud penitenciaria en todos los establecimientos públicos del país. Las instalaciones de salud penitenciarias existentes en Chile corresponden a unidades de salud de asistencia básica (en todas las prisiones de Chile), policlínicos institucionales, hospital penitenciario (solo en el CDP Santiago Sur) y Unidades de Psiquiatría Forense (o UPFT, ubicadas en Valparaíso, Arica y Punta Arenas). Las UPFT son parte de la “Macro Red de Psiquiatría Forense”. Estas unidades sanitarias psiquiátricas están ubicadas en centros penitenciarios, y su función es entregar atención para efectos de evaluación psiquiátrica, peritajes y tratamientos a personas imputadas y condenadas. Estas unidades operan administrativamente bajo el Ministerio de Salud, sin embargo, dada la situación judicial de las/os pacientes, ellas mantienen una estrecha relación con Gendarmería, quienes se encargan de la custodia de estos recintos. Por su parte, el Hospital Penitenciario ofrece atención hospitalaria de baja complejidad a personas privadas de libertad de cualquier recinto penitenciario del país.

---

<sup>27</sup> El año 1991, se promulga el DL N°1600, que establece su regulación y crea la “unidad de atención periférica”. (Art. N.º 2, DL 1600, Ministerio de Justicia, 1991). En el N.º 3 se crea la unidad médica especial, “*dependiente de la subdirección administrativa, destinada a la atención de personas detenidas o privadas de libertad*” (Art. N.º 3, DL 1600, Ministerio de Justicia, 1991).

## 2. Características de la salud penitenciaria

### a. Importancia de analizar el estado de la salud penitenciaria

Como se señaló al analizar el marco normativo, el Estado tiene un deber especial de proveer servicios de atención y promoción de la salud para las personas privadas de libertad de forma gratuita y sin discriminación por la situación procesal en que estas personas se encuentren. En la práctica, el sistema penitenciario chileno presenta una serie de dificultades que hacen que el derecho a la salud no sea ejercido en las condiciones que se establecen en los tratados, leyes y estándares que el país se ha obligado a implementar. La forma en que el Estado ha organizado la provisión de salud para las personas privadas de libertad no ha puesto al centro una planificación centrada en los derechos que todas las personas tienen respecto a su salud, y se puede afirmar que en gran medida los estándares que recomiendan formas específicas de llevar a cabo las acciones necesarias para avanzar hacia la garantía de estos derechos han sido largamente ignorados. Esta situación guarda relación con el estatus de la salud penitenciaria en el país, la que ha tenido un lugar periférico al ser implementada como un sistema paralelo al sistema público de salud normado por la autoridad sanitaria. Lo anterior, impacta fuertemente en la calidad de vida de las personas reclusas, que en múltiples ocasiones recurren a la justicia con el fin de lograr acceso a tratamientos o medicamentos, lo que entrega, en caso de que se acojan los recursos, soluciones parciales y localizadas.

La provisión de salud en el sistema penitenciario es llevada a cabo por Gendarmería de Chile, que ante las necesidades que se presentan en las cárceles comenzó a disponer progresivamente de enfermerías en los centros penitenciarios y puso en funcionamiento al Hospital Penitenciario en las dependencias del CDP Santiago Sur en la Región Metropolitana.

Existen numerosos casos reportados en informes de derechos humanos que cubren condiciones carcelarias donde personas privadas de libertad resultan con daños permanentes de salud e incluso mueren por falta de atención de salud oportuna y apropiada. Los diagnósticos y tratamientos tardíos se reportan a pesar de que las personas privadas de libertad solicitan atención médica a través de funcionarias/os penitenciarias/os, peticiones que son desoídas, a pesar de la insistencia o persistencia de los síntomas que las originan<sup>28</sup>. En la práctica, la posibilidad de ser evaluada/o por profesionales de la salud muchas veces radica en acciones judiciales presentadas a favor de las/os internas/os, lo que deja en evidencia la inequidad en el ejercicio del derecho a la salud en el contexto penitenciario. Javier Couso (2007) argumenta que este tipo de acciones se enmarca en un giro hacia la judicialización como medio para acceder a los derechos sociales que tradicionalmente han sido negados a los grupos marginalizados de América Latina. Couso argumenta, al revisar una serie de fallos judiciales, que recurrir a esta estrategia tiene resultados desiguales que causan frustración y las cortes se muestran “pasivas ante violaciones flagrantes de los derechos humanos de los presos” (Couso, 2007: 332). En una línea similar, Stippel et al (2021) argumentan que el funcionamiento de la salud penitenciaria al margen del sistema público de salud no permite garantizar el acceso a la atención necesaria y que para lograr este objetivo se debería avanzar hacia una institucionalidad que se inscriba en un diseño estratégico de políticas de salud que incluya normas claras y fiscalización de su funcionamiento. Asimismo, mantienen que el Ministerio de Salud debiese tomar un rol central en este proceso, en lugar de tolerar un sistema que funciona de forma alternativa y que trabaja de manera reactiva

---

<sup>28</sup> Ver, por ejemplo, Alcaíno (2019) o el caso de una mujer privada de libertad fallecida en febrero de 2022 cuya muerte estuvo relacionada con la falta de atención médica, situación que puso en evidencia la falta de atención de salud adecuada y que originó un recurso de amparo y posterior sentencia de la Corte Suprema que ordena la disposición de un médico de forma permanente en el CPF San Miguel: ["He estado toda la semana enferma": los audios que envió interna de Cárcel San Miguel antes de morir | Nacional | BioBioChile](#)  
[Corte Suprema acoge recurso de amparo y ordena presencia permanente de médico en centro penitenciario femenino. - Diario Constitucional](#)

ante las necesidades de las personas privadas de libertad. Estas recomendaciones están en línea con lo que se ha discutido a nivel comparado.

#### *b.* Nivel de salud de las personas privadas de libertad

El acceso a la atención de salud de las personas privadas de libertad no es importante solo desde el punto de vista del respeto y promoción de los derechos humanos. La salud en las cárceles también constituye un tema de salud pública. La prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles (en especial hepatitis, tuberculosis y VIH), problemas de salud mental, consumo problemático de alcohol y drogas, y discapacidad cognitiva es mayor que la que presenta la población general, según ha sido documentado a nivel internacional (ver, por ejemplo, WHO 2014, McLeod et al 2020). Además, las personas privadas de libertad presentan peores condiciones generales de salud y sufren en mayor medida de las inequidades en salud debido a los determinantes sociales<sup>29</sup> en los que suelen vivir en el medio libre, condiciones que tienden a ser desventajosas y limitan las capacidades de satisfacer necesidades básicas que impactan en el estado de salud en general. Esta situación implica que estas personas están expuestas a mayores riesgos de salud y, en caso de enfermar, están en una situación de mayor vulnerabilidad para enfrentar las consecuencias de las afecciones que padecen.

En el ámbito de la salud pública, la transmisión de enfermedades en el contexto penitenciario es relevante de abordar por los efectos que los brotes infecciosos tienen dentro de las cárceles, donde las condiciones de hacinamiento y salubridad impactan negativamente en las posibilidades de control de enfermedades. Por otra parte, las personas que habitan las cárceles en algún momento volverán a estar en el medio libre y sus condiciones de salud que no han sido tratadas pueden impactar en la comunidad y en los servicios sanitarios locales. Esto último también es un factor que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta al momento de planificar acciones de articulación entre la salud penitenciaria y los servicios disponibles en la comunidad (WHO, 2014: 2).

En Chile no existe información detallada, actualizada o sistematizada sobre la **prevalencia de enfermedades** de las personas que se encuentran privadas de libertad. Existen estudios previos realizados desde la academia que entregan información sobre la prevalencia de algunas patologías. Uno de estos estudios (Osses-Paredes & Riquelme-Pereira, 2013) analiza la prevalencia de enfermedades y los factores de riesgo de salud de un centro penitenciario (CCP El Manzano ubicado en la región del Bío Bío), donde se encontró que el 45% de las personas entrevistadas presentaban al menos una patología previa diagnosticada por un médico. Los autores organizaron las patologías por tipo, encontrando que la mayoría de los casos correspondían a desórdenes mentales (epilepsia, esquizofrenia, enfermedades cognitivas), seguidas por afecciones del sistema respiratorio, enfermedades metabólicas y del sistema circulatorio. Entre los factores de riesgo para la salud más comunes los autores identifican cambios de peso y obesidad o sobrepeso, sedentarismo y tabaquismo.

En cuanto a **patologías transmisibles**, se ha investigado la incidencia de la tuberculosis en las cárceles chilenas. A partir de los registros de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), Aguilera (2016) calculó una incidencia anual de 15,2 casos nuevos por cada 100 mil habitantes en la población general

---

<sup>29</sup> Las determinantes sociales de la salud son definidas por la Organización Mundial de la Salud como “los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico” (OMS, 2009).

entre los años 2001 y 2012, mientras que en las cárceles la tasa alcanzó a 196,1 casos por 100 mil habitantes, es decir, una incidencia 12,9 veces mayor que en la población no privada de libertad.

La prevalencia de condiciones de **salud mental** también es superior en las personas privadas de libertad. A nivel comparado, y a pesar de las dificultades que la medición de este fenómeno presenta, se ha encontrado que en el caso de depresión mayor y enfermedades psicóticas hay evidencia consistente de una alta prevalencia en cárceles, la que alcanza a una de cada siete personas privadas de libertad para el año 2012 (Fazel et al, 2016). En países de ingresos medios y bajos también se aprecia una gran presencia de consumo problemático de drogas, que suele estar acompañado de otras patologías de salud mental. En Chile, estas tendencias han sido confirmadas en algunos estudios realizados con personas privadas de libertad. Mundt et al. (2013) reporta en un estudio, que utilizó una muestra de 1008 internas/os, que la prevalencia de depresión mayor y consumo de drogas ilícitas es considerablemente mayor que en la población general, así como también la co-morbilidad de consumo de drogas y enfermedades de salud mental.

### c. Causas de muerte en las cárceles chilenas

Históricamente la información sobre mortalidad ha sido utilizada como una herramienta para caracterizar la salud de la población en general y así generar políticas que puedan responder a las necesidades detectadas. Los datos sobre mortalidad sirven además para evaluar los programas de salud y definir acciones o estrategias. La evidencia ha mostrado que la población penitenciaria es un grupo social especialmente vulnerable comparada con la población en libertad, dado que previo a su detención ha tenido escaso contacto con el sistema de salud y una vez privados de libertad no tienen prácticamente ningún control sobre el entorno en el que están ni pueden decidir con quiénes deben compartirlo. La estadística de muertes en cárceles refleja diferencias con respecto a la población general y al comparar las estadísticas de Chile con promedios globales también se aprecian diferencias con otros sistemas penitenciarios.

De acuerdo con lo señalado por el informe mundial de homicidios (UNODC, 2019) la tasa global de mortalidad de personas encarceladas es de 252 cada 100.000 personas privadas de libertad en cárceles (dato del año 2016 y prepandemia). Para comparar con el promedio mundial el dato nacional disponible más cercano corresponde al año 2017 y muestra una tasa de mortalidad general de 223 cada 100 mil, 234 cada 100 mil para el año 2018, 252 cada 100 mil el año 2019, es decir estamos hablando de cifras similares o más bajas al promedio global. Sin embargo, las tasas de suicidio y por homicidio a nivel nacional superan por mucho las tasas globales. Mientras la tasa nacional por homicidio en cárceles oscila entre 95 y 86 cada 100 mil entre 2017 y 2019 a nivel global la tasa de homicidio de personas encarceladas es de 8,5 cada 100 mil, la tasa de suicidio de personas encarceladas a nivel global es de 25 cada 100 mil y la tasa de Chile oscila entre 22 y 34 en el período previo a la pandemia y aumenta a tasas superiores a 50 entre 2020 y 2021.

Las muertes por enfermedad han sido históricamente la causa más prevalente entre la población que habita las cárceles chilenas. Información recopilada desde el año 2000 a la fecha muestra a esta causa de muerte como la más preponderante, con excepción del año 2017, cuando fue superada por las riñas y agresiones. Entre 2017 y 2022 los recintos penitenciarios con mayor número de muertes en Chile son C.D.P. Santiago I (54 personas), CDP Santiago Sur (48 personas), C.C.P. Punta Peuco (33 personas), C.P. Valparaíso (31 personas) y C.C.P. Colina I (23 personas).

Es preocupante el aumento de las muertes por suicidio en los recintos penitenciarios, causa relacionada directamente con afecciones de salud mental, a las que se suman las condiciones en las que habitan las

personas privadas de libertad. Los suicidios para el período comprendido entre 2000 y 2018 fueron la causa del 13,5% del total de las muertes de personas privadas de libertad (Alcaíno, 2019: 463). Información solicitada a Gendarmería de Chile para el período comprendido entre 2017 y 2022 muestra que las muertes por suicidio son la tercera causa de muerte en las cárceles chilenas, alcanzando a un total de 109 personas, contando hasta el mes de julio del 2022. Para el año 2022, y considerando solo hasta el mes de julio, se aprecia de manera alarmante que los suicidios pasaron a ser la segunda causa de muerte en las cárceles, después de muertes por enfermedad y superando a las muertes por agresiones (ver tabla N°1).

**Tabla N°1. Causas de muerte de personas privadas de libertad, años 2017-2022\***

Causa de muerte	2017		2018		2019		2020		2021		2022*		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Accidente	2	1,8%	4	3,5%	2	1,6%	1	0,6%		0,0%		0,0%	9	1,3%
Enfermedad	43	38,4%	51	44,7%	53	43,1%	65	40,9%	54	41,2%	29	44,6%	295	41,9%
Intoxicación		0,0%	1	0,9%	3	2,4%		0,0%		0,0%		0,0%	4	0,6%
Otras causas	8	7,1%	7	6,1%	4	3,3%	6	3,8%	6	4,6%	3	4,6%	34	4,8%
Riñas/agresiones	48	42,9%	42	36,8%	44	35,8%	61	38,4%	49	37,4%	9	13,8%	253	35,9%
Suicidio	11	9,8%	9	7,9%	17	13,8%	26	16,4%	22	16,8%	24	36,9%	109	15,5%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>	<b>159</b>	<b>100%</b>	<b>131</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>704</b>	<b>100%</b>

Elaborado a partir de información entregada por Gendarmería de Chile mediante Of. Ord. 2153/2022, del 26 de diciembre del 2022.

\*Datos 2022 son contabilizados hasta el mes de julio.

El aumento de las muertes por suicidio y por enfermedad debe ser atendido por las autoridades de salud, analizando las circunstancias que pueden estar asociadas a su ocurrencia. Mientras la población privada de libertad ha tendido a disminuir en los últimos 5 años, la tasa de mortalidad presenta una tendencia al alza hasta el año 2020, en cuyo aumento incide especialmente la muerte por agresión y por enfermedad.

En Chile las tasas de mortalidad por suicidio y por homicidio en el caso de las personas privadas de libertad han aumentado progresivamente en los últimos cinco años (ver tabla N°2). El aumento de las tasas de muerte por agresión (homicidios) refleja un aumento de la violencia al interior de las cárceles, violencia que genera una demanda importante de atenciones de salud por heridas cortopunzantes.

**Tabla N°2. Tasa de muertes población privada de libertad en Chile**

Año	2017	2018	2019	2020	2021
Población penal sistema cerrado	50.108	49.945	49.554	45.562	45.413
Tasa privación de libertad c/100.000 h.	272	266	259	234	231
Tasa muerte c/100.000 por agresión	95,8	84,1	86,8	133,9	110,1
Tasa muerte c/100.000 por suicidio	22,0	18,0	34,3	57,1	50,6
Tasa muerte c/100.000 por enfermedad	85,8	102,1	109,0	133,9	116,7
Tasa mortalidad c/100.000	223,5	234,3	252,3	349,0	292,9

\*Elaboración propia a partir de datos entregados por Gendarmería de Chile (población privada de libertad en el subsistema cerrado al 31 de diciembre de cada año).

#### d. Acceso a servicios de salud en las cárceles chilenas

Distintos informes y reportes previos describen la preocupante situación en la realización del derecho a la salud en las cárceles chilenas.

Existe una necesidad imperiosa de que la regulación en materia de salud penitenciaria recoja exhaustivamente y de manera orgánica los derechos consagrados en tratados internacionales. Para ello, debe revisarse la legislación, adecuarse a la normativa internacional y explicitar los derechos específicos que ostentan las personas privadas de libertad en la materia. Al respecto, el Informe de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales del año 2019 urge por la dictación de una ley de ejecución penitenciaria que consagre el derecho a la salud de la población penal, y establezca los procedimientos administrativos para su observancia. El Manual de Procedimientos Clínicos y Administrativos del Hospital Penitenciario es un documento importante, pero cuya aplicación se restringe al Hospital Penitenciario. Se requiere establecer con claridad los protocolos de atención y derivación en unidades penales que solo cuentan con unidades de asistencia médica primaria.

De manera general, **informes previos de monitoreo recomiendan fortalecer la infraestructura de salud en establecimientos penitenciarios, aumentar la dotación de personal médico, promover equipos especializados de trabajo** (especialmente profesionales en salud mental), y avanzar en la adquisición de máquinas, insumos médicos y ambulancias para traslados (INDH, 2017, 2018; Alcaíno, 2019).

No todas las unidades cuentan con **personal de salud, infraestructura, atención médica, y suministro de medicamentos adecuados**. Respecto al examen médico inicial, los tratados internacionales recomiendan efectuar un análisis médico exhaustivo, incluyendo la detección temprana de VIH. Sin embargo, testimonios indican que este generalmente se reduce a preguntar a las/os internas/os por enfermedades preexistentes y medir peso y estatura (Alcaíno, 2019). Hay situaciones donde la superficialidad del examen inicial puede traer serias consecuencias, por ejemplo, en casos de enfermedades crónicas o agudas que puedan agravarse o descompensarse, o en el caso de personas portadoras de VIH, quienes requieren iniciar o continuar sus tratamientos para evitar su debilitamiento y para detener la propagación del virus en el resto de la población privada de libertad.

Informes previos también indican que la **dotación de personal de salud** en los establecimientos penales chilenos es en general insuficiente, y que el personal disponible en las unidades de atención primaria se ve frecuentemente sobrepasado y debe realizar intervenciones que exceden sus competencias. Esta situación también ha sido observada en las cárceles visitadas por el CPT. Por otra parte, existe una percepción de baja calidad de la atención de salud en penales, que se atribuye, entre otros elementos, a la falta de personal calificado, trato deficitario de las/os profesionales hacia las/os internas/os y dificultades de derivación hacia centros de salud externos (Alcaíno, 2019). La Encuesta Nacional de Calidad de Vida Penitenciaria realizada en 2014 obtuvo que para el 44,7% de las personas privadas de libertad el acceso a la salud se percibe como “difícil”<sup>30</sup>. Según este estudio, sería más probable que las/os internas/os que reportan mayor nivel de maltrato y quienes se encuentran reclusos en cárceles concesionadas experimenten esta dificultad en el acceso a la salud (Sanhueza y Candía, 2019).

---

<sup>30</sup> La encuesta midió la percepción de acceso a servicios sanitarios definiendo tres categorías: “fácil”, “más o menos” y “difícil”. Los resultados muestran que 20,6% de las personas indicaron que percibían fácil acceso, 34,7% respondieron “más o menos” y 44,7% señalaron que el acceso es difícil.

Entre establecimientos con mayor población penal, la tasa de médicos por internas/os alcanza un estado crítico en la Región de Tarapacá, donde un solo médico debe atender a 2.859 internas/os. Le siguen la Región de Arica, con un médico por 2.229 internas/os. Entre las regiones con mejores ratios médico/interna/o se encuentra la Región de La Araucanía con 209 internas/os por cada médico y la Región del Maule, con un médico por cada 610 internas/os. También existen penales que no cuentan con personal de salud. Entre ellos, por ejemplo, el C.D.P. Limache, el C.C.P. de Iquique, el C.D.P. de Lebu, el C.C.P. Coyhaique y el C.D.P. Santiago 1 (Alcaíno, 2019). La Organización Mundial de la Salud ha señalado que con menos de 23 profesionales de salud (considerando médicos, enfermeras y matronas) por cada 10.000 habitantes, es muy difícil dar una cobertura adecuada a necesidades primarias (OMS, 2009), y se ha indicado que la proporción ideal es contar con un médico por cada mil habitantes<sup>31</sup> (Kumar y Pal, 2018).

La situación es aún más crítica respecto al personal dedicado a la detección y tratamiento de **problemas de salud mental** entre la población penal, ya que no existe personal suficiente para la atención de estas personas, ni tampoco se establece como prioridad para el sistema de derivación. Informantes reportan que en algunos establecimientos penales se aísla a esta población y se le mantiene sedada para evitar situaciones de conflicto (Alcaíno, 2019). Además, se observa que la atención en salud mental es deficiente, ya que, en general, no se realizan evaluaciones de salud mental al momento de ingreso, no se les da continuidad a tratamientos de salud mental al interior de los penales, ni se registra exhaustivamente la cantidad de población penal que presenta cuadros psiquiátricos (INDH, 2017). Los exámenes médicos iniciales deben realizarse de manera exhaustiva, con el objetivo de determinar, en detalle, posibles enfermedades que las personas pudiesen padecer y, a su vez, controlar eventuales fuentes de contagio a otras personas privadas de libertad.

Respecto al trato en la **atención** de salud, testimonios indican que las/os internas/os son cuestionadas/os por sus dolencias, se les niega atención médica y que frecuentemente se les hace entrega de analgésicos, sin considerar los síntomas que presentan (Alcaíno, 2019). Se sostiene que el sistema favorece la atención de casos graves y producto de riñas en los establecimientos, en desmedro de la obtención de diagnósticos médicos, acceso a exámenes, tratamientos y controles con médicos especialistas. También hay quejas que apuntan a la falta de privacidad de la consulta médica, ya que el personal de salud proporciona atención ante la presencia de un gendarme (INDH, 2018). Esta situación se vuelve particularmente problemática cuando se trata de constatación de lesiones que involucran a funcionarias/os, puesto que las/os internas/os se inhiben de denunciar los hechos y/o el personal médico no pregunta el origen de las lesiones (INDH, 2019).

En cuanto a la **disponibilidad de medicamentos**, para los años 2017 y 2018, existían unidades penales con bajo stock de medicamentos y/o stock de medicamentos vencidos. Por esta razón, los medicamentos frecuentemente son provistos a través de las familias de las/os internas/os mediante el sistema de encomiendas (Alcaíno, 2019).

En tercer lugar, respecto a los **procedimientos de derivación**, se señala que existen trabas institucionales que impiden que las personas privadas de libertad puedan obtener atención médica externa de manera oportuna. Testimonios declaran que Gendarmería esgrime diversas razones que obstaculizan la derivación de personas a centros de salud en el exterior, tales como escasez de vehículos y de personal que acompañe las diligencias y retrasos debido a los múltiples destinos que suelen tener los vehículos de Gendarmería, lo

---

<sup>31</sup> En el artículo, los autores se refieren a que la ratio de doctores y población es de 1:1000, como el estándar impuesto por la Organización Mundial de la Salud para sistemas de medicina modernos.

que les impide llegar a las horas médicas agendadas (Alcaíno, 2019). Las personas privadas de libertad acuden a defensores penitenciarios (de la Defensoría Penal Pública o interponen directamente recursos legales (de protección o amparo) para apresurar el procedimiento. Sin embargo, si Gendarmería no realiza las gestiones para el traslado, las/os internas/os corren el riesgo de no poder asistir a las consultas médicas programadas (Alcaíno, 2019). También se debe considerar que, a las dificultades de coordinación para la salida de la/del interna/o (INDH, 2013), se suman las listas de espera propias del sistema de salud externo.

Se ha recomendado de forma reiterada mejorar la fluidez en los mecanismos de derivación de pacientes (incluyendo solicitud de horas y medios de traslado), optimizar la coordinación con la red de salud pública y mejorar la reacción de los recintos en casos de urgencia (INDH, 2016). Asimismo, debe darse apropiado seguimiento a la evolución de enfermedades, respetar las indicaciones entregadas por controles médicos, e iniciarse una investigación por cada muerte por enfermedad que se registre en el sistema.

En cuarto lugar, los tratados internacionales encomiendan al personal de salud la inspección regular de las **condiciones sanitarias**, lo que incluye el control de plagas y enfermedades dentro de los recintos penales. Sin embargo, testimonios (pre-Covid-19) indican que las autoridades tienen escasa capacidad de reacción, y que la falta de protocolos generaba reacciones improvisadas y tardías. Esto implica un importante riesgo de propagación de enfermedades contagiosas como la tuberculosis, para la cual se ha calculado una tasa de incidencia en población privada de libertad más de 20 veces superior que la tasa en población general (Ministerio de Salud, 2017). Por otro lado, ha habido brotes de otras enfermedades como paperas, tal como ocurrió durante el año 2017 en las unidades de Santiago 1 y Valparaíso (Diario La Tercera, 2017; Bío Bío Chile, 2017).

Finalmente, como **grupos específicos con necesidades especiales de salud** se contemplan mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas mayores, pertenecientes a pueblos originarios, personas con discapacidad y grupos que requieren atenciones específicas de salud, como portadores de VIH, personas con tuberculosis y en fase de fin de vida. Reportes indican que la mayor parte de los centros penitenciarios del país tiene condiciones adecuadas para el tratamiento de personas portadoras de VIH, y que existe coordinación efectiva con la red pública de salud para estos casos. Sin embargo, se ha encontrado que subsisten algunos problemas, tales como el hecho de que un 22,8% de las personas privadas de libertad con VIH consideran que no se les explica claramente cómo prevenir o tratar su condición (Fundación Savia, 2012). Sobre el acceso de medicina tradicional, hasta la publicación de la Resolución Exenta de Gendarmería de Chile N° 3.925 de 29 de julio de 2020 que aprueba disposiciones sobre aplicación de reglamentación penitenciaria en consideración a la normativa vigente, nacional e internacional referidas a la pertinencia cultural y religiosa, Gendarmería no contaba con unidades penales que contemplaran acceso a una atención de salud que integrara las prácticas de los pueblos originarios (INDH, 2018). Una vez implementada la nueva normativa, la institución reconoce el respeto a las cosmovisiones de los pueblos originarios como parte del derecho a la salud “permitiendo la atención de médicos tratantes pertenecientes a su cultura, así como de medicamentos no tradicionales, sin perjuicio de las restricciones que correspondan por motivo fundados en su ingreso”. De esta manera, se destaca el avance en el reconocimiento de un tratamiento diferenciado con pertinencia cultural, aunque en la práctica aún existan limitaciones en la implementación de estas disposiciones. Respecto a población LGTBIQ+, testimonios indican que en ocasiones el personal de Gendarmería ha llevado a cabo acciones de maltrato y hecho entrega de medicamentos con expresiones homofóbicas y discriminatorias (INDH, 2019).

e. *La necesaria integración del subsistema de salud penitenciario al sistema de salud pública*

Actualmente en Chile, existen dos modalidades distintas para la provisión de servicios al interior de los centros penales: Por una parte, se encuentran las unidades de salud del sistema penitenciario público, y, por otra, las que se encuentran en las cárceles concesionadas<sup>32</sup>. Si bien el Estado de Chile se hace cargo de otorgar atención de salud de forma gratuita a las personas que se encuentran privadas de libertad a través de las unidades de atención que Gendarmería de Chile mantiene en las distintas cárceles y de un hospital penitenciario a nivel nacional, se presentan una serie de dificultades para que las personas que están recluidas gocen de estándares de atención similares a los disponibles para la comunidad en el medio libre. Una forma de cambiar esta situación es lograr que toda la institucionalidad de salud se haga parte de la provisión de salud en los establecimientos penitenciarios y se logren las coordinaciones necesarias para gestionar la salud penitenciaria en articulación con los servicios que existen en la red pública. La Organización Mundial de la Salud ha insistido en la relevancia y necesidad de este tipo de articulación, así como en la responsabilidad que tienen los gobiernos a la hora de asignar los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas privadas de libertad e indica que los ministerios de salud deberían ser los encargados de proveer servicios de salud y dar cuenta por la calidad de estos servicios, así como abogar por condiciones de reclusión más saludables (WHO, 2014:4). En Chile se observa que no se rinden cuentas por las acciones que impactan negativamente en la situación de la salud en las cárceles y tampoco se fiscaliza a las unidades de salud penitenciaria. En este caso el Ministerio de Salud no solo no se hace responsable, sino que también omite su rol rector de las instituciones de salud que operan en las cárceles del país (Stippel et al, 2021).

Una forma de acercarse a los estándares de atención radica en entender la salud penitenciaria en los términos del modelo integral de salud que promueve el Ministerio de Salud, el que se define como

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (Ministerio de Salud (2005).

Este modelo de atención de salud, que se hace cargo de la persona y las formas en las que su entorno ambiental y familiar inciden en su estado de salud, dista de la forma en que se entrega la atención de salud a las personas privadas de libertad, donde no hay una comprensión integral de las personas y donde no se promueven acciones ni ambientes saludables.

Cabe destacar que el informe de una consultoría realizada por EUROsociAL+ (2018), sobre el modelo de gestión de la salud penitenciaria en Chile, expone tres alternativas para avanzar en acceso a la salud de las personas privadas de libertad: La primera, es un traspaso de recursos desde el Ministerio de Salud a Gendarmería, quien continuaría a cargo de la gestión de la salud penitenciaria. Entre las alternativas propuestas, esta es la más fácil de implementar y se sugiere para una etapa inicial. La segunda, que apunta a una integración de la salud penitenciaria y el sistema de salud público es la alternativa más completa y está en línea con las recomendaciones internacionales. Por otra parte, la tercera opción, que consiste en la

---

<sup>32</sup> Las cárceles concesionadas trabajan bajo un modo de operación mixta y están reguladas por la Ley de Concesiones. Bajo este modelo las concesionarias se encargan de la infraestructura y su mantenimiento, del equipamiento y de la provisión de servicios de salud, reinserción social, alimentación, lavandería, aseo, control de plagas y economato (Fundación Paz Ciudadana y BID, 2013).

licitación de servicios de salud a privados podría ser complementaria a las anteriores, aunque su costo de implementación es elevado.

**Tabla N°3 Modelos de gestión propuestos por EUROsociAL+ (2018).**

<b>Alternativa 1</b>	<b>Gestión de la salud por parte de Gendarmería de Chile</b> (con traspaso de fondos por parte del Ministerio de Salud).
<b>Alternativa 2</b>	<b>Integración de la salud penitenciaria en el sistema público de salud</b> (con integración del fondo sanitario a las municipalidades en las que se encuentren los centros penitenciarios).
<b>Alternativa 3</b>	<b>Licitación de los servicios de salud penitenciaria al sector privado.</b>

Las tres alternativas necesitan de la colaboración permanente y efectiva de todas las instituciones implicadas y una asunción directa de responsabilidades – también económicas – de parte del Ministerio de Salud.

## IV. Características de la visita

### 1. Contexto de la visita

Los desafíos previamente mencionados en torno a la salud penitenciaria del país motivan el monitoreo del CPT al único Hospital Penitenciario que existe a nivel nacional, ubicado al interior del C.D.P. Santiago Sur de la Región Metropolitana. El funcionamiento del hospital penitenciario está regulado en el “Manual de procedimientos clínicos y administrativos del hospital penitenciario”<sup>33</sup> de GENCHI. Este manual especifica normas para poder ordenar el quehacer diario del Hospital Penal, supervisar el cumplimiento de normas de infecciones intrahospitalarias del MINSAL, y respetar los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad. El Hospital Penitenciario cuenta con diversos servicios y programas, personal médico especializado, una red de oxígeno propia y dos ambulancias para traslado de pacientes.

Es calificado como un establecimiento de baja complejidad y es el establecimiento de salud de referencia para los establecimientos penitenciarios de la Región Metropolitana y también recibe pacientes de otras regiones.

El Hospital Penitenciario cuenta con un pabellón para cirugías menores, el que se encuentra en desuso desde el inicio de la pandemia por COVID-19. Trabajan médicos cirujanos y especialistas contratados por horas. La contratación de profesionales médicos se realiza bajo la Ley N°15.076 del Ministerio de Salud y la Ley 19.664, y las remuneraciones son considerablemente menores a las que reciben en establecimientos de la red pública de salud, lo que dificulta la permanencia y contratación de nuevas/os profesionales.

<sup>33</sup> El Manual aborda temáticas relativas a derechos de los pacientes, patologías y procedimientos médicos, procedimientos de enfermería, normas de control de infecciones intrahospitalarias, procedimientos del servicio de alimentación, procedimientos del programa de salud mental, procedimientos de los programas del hospital penitenciario (regional del VIH-SIDA, indulto por razones humanitarias, tuberculosis, etc.), procedimientos del área de asistencia social, procedimientos del archivo y servicio de orientación médica y estadística y procedimientos del destacamento del hospital penitenciario. Alcaíno (2019: 461-463).

Actualmente la dotación de personal del hospital incluye diez médicos cirujanos con jornadas que van desde las 11 a las 33 horas por semana.

**Tabla N° 4. Dotación de funcionarios del Hospital Penitenciario según su cargo o función, 2022.**

Cargo o función	N
Administrativo Área Salud	2
Auxiliar / estafeta	1
Auxiliar de servicio	1
Cirujano dentista	4
Coordinador/a regional de salud	1
Enfermera/o	12
Jefe administrativo unidad	1
Kinesióloga/o	1
Manipulador/a de alimentos	8
Médico cirujano	10
Operador/a de radiación	3
Personal administrativo	9
Personal de secretaría	3
Personal gestión	3
Químico farmacéutico	1
Sin función registrada	3
Técnico o auxiliar paramédico	28
Tecnólogo médico	3
<b>Suma total</b>	<b>94</b>

*Elaboración propia utilizando información entregada por Gendarmería de Chile mediante oficio OF. 1850/2022 Gendarmería de Chile.*

El Hospital Penal además cuenta con un equipo conformado por 28 técnicos o auxiliares paramédicos presentes en turnos de 24 horas, 12 enfermeras/os con turnos de 24 horas, 4 dentistas, 3 tecnólogos médicos, 1 kinesiólogo, 1 químico farmacéutico y otras/os funcionarias/os que cumplen labores de manipulación de alimentos y administración, sumando en total 94 personas.

El hospital realiza consultas médicas, procedimientos y hospitalizaciones y actualmente cuenta con los siguientes servicios:

- Hospitalizaciones
- Servicio de urgencia
- Pabellón (cirugías y procedimientos)
- Odontología (consultas y tratamientos)
- Policlínico de especialidad
- Kinesiología
- Laboratorio clínico
- Imagenología

## 2. *Objetivos de la visita*

La visita realizada tuvo como **objetivo general** analizar el funcionamiento del Hospital Penitenciario del C.C.P. Santiago Sur para detectar los factores de riesgo de tortura y/o tratos crueles, inhumanos o degradantes que puedan presentarse durante la atención de salud de las personas privadas de libertad.

Como **objetivos específicos** se propuso:

1. Describir las instalaciones del hospital y el estado de conservación y disponibilidad de equipamiento médico.
2. Conocer el presupuesto del Hospital y su distribución.
3. Comprender el modelo de gestión del Hospital y su articulación con otros establecimientos de salud.
4. Analizar el modelo de atención de salud ofrecido por el Hospital a las personas privadas de libertad.
5. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la administración y funcionamiento del recinto visitado.

## 3. *Metodología de la visita*

Esta visita tuvo un carácter exhaustivo, en tanto incluyó la evaluación de los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, orientada a recoger las experiencias y opiniones de las personas hospitalizadas, trabajadoras/es de salud, gendarmes y profesionales de la dirección del hospital. Se aplicaron pautas de observación y, adicionalmente, se realizó una revisión de la normativa internacional y nacional sobre los derechos de las personas privadas de libertad.

### *a. Trabajo de campo*

El trabajo de campo se realizó los días 7 y 27 de julio del año 2022 y contó con la participación de un equipo del CPT conformado por expertas/os y profesionales. Las actividades realizadas se presentan en la tabla N° 5.

**Tabla N°5: Actividades realizadas durante la visita**

<b>Día</b>	<b>Actividades</b>
<b>Día 1: 07/07/2022</b>	Entrevistas a autoridades del Hospital Penitenciario Entrevistas a trabajadoras/es de la salud Entrevistas a PPL hospitalizadas (Policlínico, Servicio de Medicina) Revisión de registros Observación de infraestructura del hospital
<b>Día 2: 29/07/2021</b>	Entrevistas a autoridades del Hospital Penitenciario Entrevistas a trabajadoras/es de la salud

	Entrevistas a PPL hospitalizadas (Servicio de Medicina, Servicio de Cirugía, Enfermedades transmisibles)  Revisión de registros  Observación de espacios y dinámicas de interacción en el hospital
--	--

*Fuente: Elaboración propia*

*b. Recolección de información*

Las estrategias de levantamiento de información utilizadas en esta visita fueron: (a) *entrevistas semiestructuradas individuales y grupales a personas privadas de libertad, hospitalizadas trabajadores de salud y autoridades del Hospital Penitenciario*, (b) *conversaciones informales individuales y grupales*, (c) *observación de espacios y dinámicas* y (d) *revisión documental y de registros*. Para cada una de ellas se diseñaron instrumentos o pautas específicas a la temática y objetivos de esta visita, atendiendo a los estándares internacionales sobre condiciones de privación de libertad y derechos de las personas privadas de libertad que requieren atención de salud en el hospital. Para la elaboración de las pautas de entrevista y pautas de observación de espacios y dinámicas se siguieron las recomendaciones de la OMS, Cruz Roja Internacional y APT.

Durante la visita, se logró realizar un total de 30 entrevistas individuales, dos entrevistas grupales y se aplicaron pautas de observación en los servicios de Medicina, Cirugía, Policlínico y Urgencias. También se revisaron registros y una selección de fichas clínicas. La siguiente tabla ilustra el detalle de los instrumentos aplicados, las unidades de observación y la muestra.

**Tabla N°6 Instrumentos de recolección de información aplicados en la visita.**

<b>Instrumento aplicado<sup>34</sup></b>	<b>Unidad de observación</b>	<b>Total instrumentos</b>
<b>Entrevista individual</b>	Autoridades del hospital Funcionarios de salud	24
<b>Entrevista grupal</b>	Personas hospitalizadas	2
<b>Observación</b>	Servicio de Urgencias	1
	Servicio de Cirugía	1
	Servicio de Medicina	1
	Policlínico	1
	Farmacia, Laboratorio clínico e Imagenología	3
<b>Revisión de registros</b>	Fichas médicas y libro de entrega de turnos:  Servicio de Medicina  Servicio de Cirugía  Servicio de Urgencia	

*Fuente: Elaboración propia*

<sup>34</sup> El presente Informe no detalla la cantidad de entrevistas realizadas para cada persona privada de libertad y/o funcionaria/os en resguardo de la confidencialidad y garantía de la imposibilidad de individualizar a las personas entrevistadas, en función de velar por su protección y evitar cualquier tipo de represalia o consecuencia negativa producto de la entrega de información. Esto responde a lo establecido en el numeral 2 del artículo 21 del Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

*c. Dificultades y limitaciones de la recolección de información*

Las visitas se realizaron sin inconvenientes y de acuerdo a lo planeado. Las autoridades y trabajadores del Hospital Penitenciario cooperaron en todo momento y las personas hospitalizadas se mostraron en su gran mayoría abiertas a compartir sus experiencias, tanto en los servicios de hospitalización, como en las consultas ambulatorias. Entre la primera y segunda visita del CPT al recinto, se produjo un incendio que afectó sobre todo las instalaciones del Servicio de Medicina. Este evento implicó la reorganización de las dependencias de los servicios y una serie de dificultades que se detallan en la Sección V Hallazgos de la visita.

*d. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas*

Para abordar los objetivos de visita, se definieron las siguientes dimensiones y subdimensiones que guían tanto el levantamiento de información como el análisis de los hallazgos:

**Tabla N°7. Temas, dimensiones y subdimensiones utilizados para el levantamiento de información**

Tema	Dimensión	Subdimensión
<b>Gestión y organización del establecimiento</b>	Aspectos normativos	Autorización sanitaria
		Protocolos
	Liderazgo y gobernanza	
	Financiamiento	
	Sistema de información de salud	Estadísticas y registros administrativos
		Registro de fichas clínicas
<b>Gestión del personal</b>	Condiciones laborales	Clima laboral
		Carga laboral
		Valoración del trabajo
		Medidas de autocuidado y gestión del estrés
	Formación del personal	Formación periódica
		Formación específica en DDHH y sobre personas de especial consideración
	Necesidades de formación	
<b>Régimen y actividades</b>	Ingreso y segmentación	Ingreso
		Caracterización y segmentación de pacientes
		Derivación de pacientes
	Uso del tiempo	Oferta programática
		Beneficios intrapenitenciarios (conducta)
	Contacto con el mundo exterior	Contacto presencial con familiares o vínculos cercanos (Visitas ordinarias y visitas íntimas)
		Contacto no presencial con familiares o vínculos cercanos
		Encomiendas
	<b>Condiciones</b>	Infraestructura: edificación y

<b>materiales de detención</b>	equipamiento	Mantenimiento
		Accesibilidad universal
	Sobrepoblación y alojamiento	
	Acondicionamiento y salubridad del espacio	Alimentación y agua
		Iluminación y ventilación
		Higiene
		Plagas
	Servicios sanitarios	
Privacidad, intimidad y confidencialidad		
Seguridad de las instalaciones		
<b>Salud</b>	Acceso a prestaciones y tratamientos de salud	Cartera de prestaciones del Hospital Penitenciario
	Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades transmisibles	Prevención y manejo del COVID
		Atención y manejo de enfermedades transmisibles
	Derivaciones a hospitales de la red nacional de salud	Proceso de derivación
		Acceso a la red pública de salud
		Atención en la red pública
Seguimiento de pacientes		
Dotación de funcionarias/os de la salud, infraestructura, equipamiento e insumos médicos		
<b>Autonomía</b>	Autonomía en el régimen de actividades	
	Respeto por uso de la capacidad jurídica	
	Autonomía en la atención de salud	
<b>Medidas de protección</b>	Acceso a la información relacionada con tratamientos	
	Mecanismos de solicitudes y quejas	
	Acceso a la justicia	
	Egreso y apoyo post egreso	
	Supervisión y fiscalización independiente	
<b>Seguridad, orden y disciplina</b>	Seguridad	
	Uso de aislamiento	
	Medidas de contención y uso de la fuerza	
<b>Trato</b>	Violencia entre personas privadas de libertad y funcionarios	
	Violencia entre pares	
	Medidas de control y uso de la fuerza	Allanamientos
		Sanciones disciplinarias

Fuente: Elaboración propia

#### *e. Procesamiento y análisis de la información*

El análisis de la información recogida durante la visita se realizó análisis de contenido. En el proceso de análisis se triangularon las distintas fuentes de información, teniendo como referencia la normativa y los estándares nacionales e internacionales vinculados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes respecto de las personas privadas de libertad en el ámbito de la atención de salud. Además, se realizaron múltiples reuniones con la participación de todo el equipo de visita, con el fin de comparar impresiones y establecer un análisis común respecto a las brechas de cumplimiento de dicha normativa.

En cuanto al marco interpretativo, desde el levantamiento del diagnóstico, construcción de instrumentos y hasta el análisis de los datos, se decidió adoptar un enfoque de derechos humanos, donde se procura atender a las razones por las cuales es relevante abordar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad con el fin de promover su observancia por parte del Estado de Chile, promoviendo mejoras que a su vez prevengan posibles situaciones de tratos crueles, inhumanos o degradantes hacia las personas y que fortalezcan a los equipos de salud que trabajan en este contexto.

#### *f. Consideraciones éticas*

En todos los casos las entrevistas se realizaron con el consentimiento verbal (grabado) y/o escrito de las personas que accedieron a participar.

Al realizar el levantamiento de información se estimó que las posibilidades de que las/os informantes fueran víctimas de represalias por su participación serían bajas en este caso. La disposición de funcionarias/os de la salud se destaca positivamente, observándose un alto grado de cooperación y recibiendo numerosos comentarios referidos a la necesidad de exponer las dificultades que existen para una óptima atención de salud y por lo mismo, no se percibieron resistencias al trabajo del equipo de terreno. Por otra parte, las personas hospitalizadas en su gran mayoría reportaron recibir buen trato por parte de las/os profesionales y técnicos de la salud que las/os atienden.

La información recopilada en las visitas del CPT se trata con estrictos criterios de resguardo (solo las/os profesionales del CPT pueden acceder a esta) y se respeta la confidencialidad de la misma, en especial en el caso de la información entregada por las personas bajo custodia del estado y funcionarias/os de trato directo, para lo que se asegura que los relatos sean reportados de forma que no sea posible individualizar a las personas, a menos que haya consentimiento explícito de develar algún aspecto que se considere paradigmático. El CPT solo pone en marcha un procedimiento de denuncia donde se entrega información a autoridades competentes en los casos que indica la ley.

Los hallazgos y conclusiones que se derivan de este análisis corresponden a lo observado al momento de la visita, es decir, retratan un momento determinado del funcionamiento de los recintos. Es preciso considerar, además, que la presencia de observadores externos puede inhibir, modificar o fomentar ciertas disposiciones y dinámicas entre el personal de la unidad y sus labores.

## V. Hallazgos de la visita

Los hallazgos de la visita se organizan de acuerdo con ejes temáticos que se nutren de los relatos e información obtenida en la visita utilizando los instrumentos de levantamiento de la información preparados por el equipo de visita. Estos instrumentos se diseñaron buscando dar cuenta de los diversos factores de riesgo que podrían incidir en la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan actualmente a personas privadas de libertad que se atienden en las unidades de salud de las cárceles chilenas en general y el Hospital Penitenciario en particular.

Los resultados están expuestos según las dimensiones de análisis que se trabajan en el CPT descritas anteriormente (pág. 26 y sig.), partiendo por las características de la gestión del hospital, para seguir con gestión del personal; régimen y actividades; condiciones materiales del establecimiento; atención de salud; autonomía; medidas de protección; seguridad, orden y disciplina; trato y violencia; y gestión del personal.

### *1. Gestión y organización del establecimiento*

La gestión y organización del Hospital Penitenciario se analiza a partir de los siguientes aspectos: su marco normativo de acción, organización y articulación con la red pública de salud; la evaluación de los sistemas de registro de información sobre su funcionamiento y, en especial, lo que refiere a la información que se mantiene sobre las personas que se atienden en el hospital y sus tratamientos; la regulación y rectoría en salud, y el presupuesto disponible para su funcionamiento.

Las dependencias del Hospital Penitenciario fueron construidas en 1843, pero su existencia se formaliza a través del Decreto N° 1600 del Ministerio de Justicia, promulgado en 1991. Este decreto reconoce la existencia del hospital (que está “de hecho, hace muchos años”) e indica que este funcionaba sin normativa que lo regule, razón por la cual este decreto se hace cargo de legalizar su operación y menciona la voluntad del Servicio de Salud Metropolitano por reconocerlo como hospital. Este decreto regula las características de la dotación del hospital y las formas de contratación de especialistas, además de determinar que estará bajo la dirección de un/a médico designado/a por el/la Director/a Nacional de Gendarmería.

La autorización de funcionamiento del Hospital Penitenciario fue otorgada por el Servicio de Salud Metropolitano Central mediante Resolución N° 378 del 03/09/1993. Esta resolución tenía una duración de 3 años. El año 2004, y como parte de las leyes de la reforma de salud, se dicta la Ley 19.937 que crea la autoridad sanitaria, por tanto, a las Secretarías regionales ministeriales de Salud (SEREMIS) y actualmente el hospital opera sin contar con autorización sanitaria de la SEREMI de Salud Metropolitana, situación bastante frecuente para los establecimientos de salud que operan en el subsistema cerrado de privación de libertad en el país. Por otra parte, la resolución exenta N° 6206 del 29 de diciembre de 2008 establece el Manual de Procedimientos Clínicos y Administrativos del Hospital Penitenciario.

Para contar con autorización sanitaria vigente, el hospital necesita resolver una serie de requisitos que son solicitados por la autoridad de salud. Por otra parte, las autoridades del hospital señalan que alcanzar la acreditación del hospital como prestadores por parte de la Superintendencia de Salud, es una meta fundamental, lo que requiere como requisito de partida contar con autorización sanitaria y alcanzar los estándares de calidad fijados por el Ministerio de Salud. Si el Hospital tuviese acreditación podría firmar

convenio con FONASA, en tanto prestador, y recibir financiamiento por parte del Fondo; además de ser un campo clínico para la formación de profesionales de salud de establecimientos de educación superior<sup>35</sup>.

El Hospital Penitenciario es un establecimiento de baja complejidad, es decir, tiene una capacidad limitada<sup>36</sup>, entrega atención básica de salud y, aunque mantiene personas hospitalizadas, tiene una baja capacidad resolutive. Su cartera de prestaciones está compuesta por Hospitalización, Servicio de urgencia, Pabellón (cirugías y procedimientos), Odontología (consultas y tratamientos), Policlínico de especialidad (consultas), Kinesiología, Laboratorio clínico e Imagenología. La oferta de prestaciones es evaluada en general como suficiente y de buen funcionamiento por las/os profesionales de la salud entrevistadas/os en la visita, aunque reconociendo que el bajo nivel de resolución del hospital y el tipo de patologías que se presentan harían necesario aumentar el nivel de complejidad del establecimiento para disminuir la cantidad de casos que deben ser derivados a otros centros de salud y agilizar la atención de problemas de salud comunes que presentan las personas privadas de libertad.

Un problema que se repite en el relato de las/os profesionales y técnicos de la salud entrevistadas/os es la **falta de integración del hospital y los demás establecimientos de salud penitenciaria a la red nacional de atención de salud**. Esta situación dificulta el trabajo del hospital ya que, al ser parte de Gendarmería de Chile y depender del Ministerio de Justicia, se percibe que para Gendarmería y el Ministerio de Justicia la salud penitenciaria no es parte de sus funciones prioritarias, y esto entra en tensión con las obligaciones que debe cumplir cualquier establecimiento de salud. Aunque existen convenios entre Gendarmería y el Ministerio de Salud para programas específicos (como en el caso del seguimiento y tratamiento de pacientes con VIH y tuberculosis, y las normativas relacionadas con la pandemia por COVID), estos no cubren todas las necesidades que existen. Las exigencias que establece el MINSAL se perciben como necesarias, pero, al mismo tiempo, no se cuenta con apoyo para cumplir con todas las obligaciones, por ejemplo, a través de articulación para atención con profesionales especialistas y capacitación para las/os funcionarias/os de la salud. Cabe recordar que esta falta de articulación, necesaria para garantizar igual calidad y oportunidad de atención de salud, no es algo novedoso a nivel comparado y lograr que los sistemas de salud pública y penitenciaria trabajen de manera integrada es un estándar al que se aspira a nivel internacional.

El trabajo aislado o no integrado de los servicios de salud que operan en las cárceles y los que funcionan para la comunidad en libertad es una de las primeras y más importantes lecciones que destaca la OMS en su guía sobre prisiones y cárcel, asumiendo que el estado de la salud en la cárcel tiene implicancias relevantes en la gobernanza de la salud en su conjunto. Por su parte, la Oficina Regional para Europa de la OMS publicó la Declaración de Moscú (2003), donde se expuso la necesidad de integrar los servicios de salud de las prisiones con el sistema de salud pública. Aunque la declaración fue hecha por un grupo de países europeos, se basa en los derechos consagrados en el PIDESC y en los estándares de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos y reconoce que el origen de precariedad que comparte la mayoría de las personas privadas de libertad implica condiciones de salud desmejoradas que merecen atención y que se ven agravadas por las condiciones propias del encierro. Bajo estos principios, la declaración insiste en que velar por la salud penitenciaria debe ser parte de las metas en salud pública de los estados y recomienda que

---

<sup>35</sup> El Ministerio de Salud señala que “el proceso de Autorización Sanitaria refiere a la verificación de normas e instrucciones que debe cumplir un establecimiento para su utilización, velando por la seguridad y respeto a la dignidad de los usuarios” Ministerio de Salud- Subsecretaría de Salud Pública (2017: 9). La autorización sanitaria es un requisito previo a la acreditación, que se define como “un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria (hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios) para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud.” (Superintendencia de Salud, s/f).

<sup>36</sup> Actualmente el Hospital Penitenciario cuenta con 54 camas, de las cuales 42 están habilitadas.

se establezcan vínculos estrechos entre los ministerios de salud y los ministerios responsables del sistema penitenciario con el fin de asegurar que se cumplan los estándares de salud para las personas privadas de libertad y se proteja y capacite continuamente al personal de salud (OMS, 2003: 3). Estas medidas deben apuntar también hacia mejorar el control de enfermedades transmisibles, permitir que se mantengan los tratamientos dentro y fuera de la cárcel, y hacia estandarizar los registros y las estadísticas de salud. En 2013 la Oficina Regional para Europa de la OMS produjo orientaciones para la política pública de salud penitenciaria centradas los aspectos institucionales que deberían operar con el fin de gestionar y coordinar a todos los actores involucrados para mejorar la calidad de los servicios de salud entregados a las personas privadas de libertad. En estas orientaciones técnicas se destaca la responsabilidad de los gobiernos en la implementación de medidas que aborden estos temas de manera conjunta y propone que los ministerios de salud sean los responsables de los servicios entregados en las cárceles, así como participar en el establecimiento de condiciones saludables de encierro.

En el caso de la salud penitenciaria en Chile, esta articulación está en un estado inicial. A partir del trabajo iniciado a propósito de las visitas del CPT al Hospital Penitenciario y a las Secciones Materno Infantiles existentes en la Región Metropolitana, las autoridades del Departamento de Salud de Gendarmería hoy cuentan con contrapartes en el Ministerio de Salud, vínculo que ha permitido la articulación en la entrega de los alimentos que forman parte del Programa Nacional de Alimentación Complementaria del MINSAL para mujeres gestantes, lactantes y personas mayores. Para el manejo de enfermedades transmisibles existe un convenio vigente entre Gendarmería y el Ministerio de Salud para dar cobertura a VIH y tuberculosis. También se pusieron en marcha coordinaciones ad hoc a propósito de las medidas sanitarias por COVID-19.

Desde el punto de vista de las/os funcionarias/os de la salud que trabajan en el Hospital la falta de integración con la red de salud pública impacta en diversos aspectos del trabajo cotidiano. Por ejemplo, funcionarias/os del Policlínico de especialidades -que opera en el hospital ofreciendo atención ambulatoria a personas referidas desde diversas unidades penales- indican que requieren una inyección de recursos y acceso a capacitaciones de manera planificada e integrada. Formalmente, existiría nulo acceso a capacitarse y las instancias de formación que se han desarrollado hasta ahora han sido solicitadas y gestionadas por las/os propias/os funcionarias/os y cursadas por quienes tienen interés. En este sentido, se resiente la necesidad de contar con un conocimiento actualizado de las normas, guías u orientaciones técnicas del Ministerio de Salud, por ejemplo, de manejo de curaciones avanzadas y de pacientes con movilidad reducida. Asimismo, el manejo de medicamentos psiquiátricos es considerado como una prioridad. Lo que ocurre con las capacitaciones a las/os funcionarias/os de salud se ilustra en el hecho de la inexistencia de registros al respecto, según se respondió por oficio ante la solicitud de información realizada por el CPT.

El **presupuesto** del Hospital Penitenciario proviene de Gendarmería y no se reciben aportes de ningún tipo desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para el funcionamiento de los dispositivos de salud que operan en las cárceles. El ejercicio de preparación de presupuesto es realizado por la enfermera gestora del Hospital y luego pasa a la Subdirección de Finanzas. El presupuesto solo cubre el funcionamiento del hospital, sin incluir los salarios de las/os funcionarias/os de la salud, quienes son contratadas/os por el nivel central de Gendarmería. Repetidamente se señaló que esta forma de disponer recursos para la contratación del personal de salud es problemática, ya que las escalas de sueldos son diferentes a las que utiliza el Ministerio de Salud y estos son especialmente desfavorables al momento de buscar médicos especialistas, quienes obtienen mayores ingresos trabajando en otras instituciones públicas o privadas.

Un hallazgo preocupante es que las personas privadas de libertad pocas veces cuentan con aseguramiento de salud, aunque por defecto deberían ser incluidas en FONASA A como carentes de recursos en caso de

no contar con cotizaciones laborales. Por otra parte, la firma de un convenio con FONASA bajo la forma de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), les permitiría contar con recursos extras.

Al momento de la visita se estaba comenzando la ejecución de un proyecto de reparación del Servicio de Medicina, el que fue destruido en un incendio ocurrido durante el primer semestre de 2022.

Las autoridades del hospital señalan que el ítem más importante del presupuesto corresponde a reactivos químicos para realizar pruebas de laboratorio, cifra que para el 2022 supera los 260 millones de pesos. Según los relatos de entrevistadas/os, el limitado presupuesto impacta en la calidad de atención. El detalle del presupuesto asignado para el año 2022 se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla N°8. Presupuesto asignado al Hospital Penitenciario año 2022**

<b>Presupuesto asignado</b>	<b>Monto (en pesos chilenos al 2022)</b>
Vestuario área médica (textiles)	2.088.000
Productos químicos	263.639.000
Productos farmacéuticos (medicamentos)	50.000.000
Materiales y útiles quirúrgicos (insumos)	60.000.000
Plaguicidas	0
Mantenimiento y reparación de equipos médico dentales	16.000.000
Servicios de aseo	0
Equipamiento área médica (inversiones)	0
<b>Total</b>	<b>391.727.000</b>

*Información entregada por Gendarmería de Chile mediante Of. Ord 1850/2022 Gendarmería de Chile.*

Los **sistemas de información** son herramientas fundamentales al momento de optimizar los recursos y coordinar de manera efectiva la atención de salud. Además de la información de salud que se registra a nivel agrupado, permitiendo mejorar la gestión general, las historias clínicas son una herramienta común al trabajo en salud y permiten concentrar en un lugar la información clave sobre el estado de salud de las/os pacientes, su evolución, comorbilidades, exámenes y seguimiento de los tratamientos y atenciones de salud. La regla 26 de las Reglas Mandela instala el estándar de mantener historiales médicos “correctos, actualizados y confidenciales” para cada persona. La Cruz Roja, en su guía denominada “Asistencia de Salud en Lugares de Detención” destaca la importancia de evaluar que los “problemas de salud se hayan consignado en forma precisa y honesta” ante la evidencia de presiones por modificar aspectos de las historias clínicas en ciertos casos. También llama a verificar el trato confidencial de la información (CICR, 2016: 66). En Chile, la información que se registra sobre las/os pacientes está regulada en la norma 820 del Ministerio de Salud, donde se señala el mínimo de información que cada establecimiento de salud debe recoger para registrar el estado de salud de las/os usuarias/os. Así también el MINSAL cuenta con sistemas de información que buscan generar información estratégica en beneficio de la salud pública. En el caso del Hospital Penitenciario, las fichas clínicas se realizan y almacenan en soporte papel y con un formato propio que no contempla todos los aspectos de la norma 820. Así también las historias clínicas no se digitalizan. La información no se comparte entre el hospital y las unidades de salud de los establecimientos penitenciarios donde habitan las personas privadas de libertad, y tampoco se comparte con la red de atención pública, pues no están incluidos en los sistemas de información ministerial. El Servicio de Orientación Médico Estadístico (S.O.M.E), resguarda las fichas clínicas completas de años anteriores. Cuando un/a paciente es

trasladado/a hacia otro hospital se envía una interconsulta y al regresar a su unidad penal reciben un carnet de alta y los medicamentos correspondientes al tratamiento en curso.

Todo el personal de salud y administrativo del hospital tiene acceso a las fichas clínicas. Por su parte, las enfermerías de las unidades penales elaboran sus propias historias clínicas de primer nivel de atención, a las que el hospital no tiene acceso directo, aunque se pueden solicitar si fuera necesario, por ejemplo, en el caso que las personas estén recibiendo tratamiento previo.

Cada ficha clínica tiene secciones según la/el funcionaria/o de salud que la completa. Se registran las atenciones realizadas por las/os TENS y se apunta información sobre el estado general de las/os pacientes.

La inexistencia de un sistema en línea para almacenar las fichas clínicas trae dificultades para las/os médicos tratantes, quienes deben solicitar al SOME los historiales médicos, lo que resulta ser un proceso engorroso que no es de utilidad en casos de urgencia. Existe un registro en formato Excel donde se anotan los datos personales de las/os pacientes, tales como nombre, RUT, edad, signos vitales, motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento e indicaciones.

Cada servicio cuenta con un registro diario de las personas hospitalizadas, que informa el número de cama, nombre, fecha de ingreso, días hospitalizados, procedencia, diagnóstico, tratamiento, exámenes y evolución diaria.

Así también, los servicios cuentan con libro de entrega de turnos, donde se registra el personal de salud a cargo y las principales novedades. También cuentan con un libro de novedades de TENS ambulancia, libro de stock de equipos y medicamentos controlados en el servicio de urgencia, y libro de informe de lesiones.

Los registros también dan cuenta de una oportuna entrega de notificación obligatoria a SEREMI de enfermedades de notificación obligatoria (ENO).

### *Comentario CPT*

El CPT invita a poner especial atención a los problemas de gestión y organización descritos en este apartado del informe. Existen aspectos básicos del funcionamiento del Hospital que urge subsanar, especialmente tomar las medidas necesarias para que se logre contar con autorización sanitaria, aumentar presupuesto, mejorar dotación y capacitación de trabajadores de la salud, fortalecer sistemas de información y registro, y, sobre todo, impulsar las coordinaciones necesarias para lograr que se avance en su incorporación de manera integral en el sistema de salud pública, con el fin de entregar a la población privada de libertad servicios de salud equivalentes a los que están disponibles para la población fuera de la cárcel.

## *2. Gestión del personal*

Las **condiciones laborales** de las/os funcionarias/os de la salud en el Hospital Penitenciario presentan una serie de deficiencias. En los relatos aparece transversalmente la sobrecarga laboral y problemas de dotación de personal como problemas relevantes.

La **dotación** actual de personal alcanza en total a 98 personas, de las cuales 16 son médicos, 22 profesionales y 37 son técnicos. Cabe destacar que las/os profesionales médicos trabajan en su gran mayoría por horas, incluyendo el director (11 horas) y el subdirector. Esta dotación es limitada considerando que el Hospital

Penitenciario cubre potencialmente a todos los establecimientos de la Región Metropolitana y también recibe pacientes de otras regiones del país. Una forma de ejemplificar la carga laboral a la que están sometidos las/os trabajadoras/es del Hospital es mediante la observación de la cantidad de atenciones realizadas. El año 2021 el Servicio de Urgencias realizó 8631 atenciones médicas, el Policlínico de especialidades 280 y el total de otras atenciones de salud (tecnología médica, kinesiología, psicología y trabajo social) para ese año llegó a 6062. La tabla N°9 muestra la distribución de la dotación del Hospital Penitenciario según el estamento al que pertenece cada funcionaria/o.

**Tabla N°9. Dotación de funcionarias/os del Hospital Penitenciario según estamento, año 2022**

Estamento	Total
Administrativo	10
Auxiliar	9
Cabo	1
Cabo primero	1
Gendarme segundo	1
Honorarios	1
Médicos ley 15.076	16
Profesional	22
Técnico	37
<b>Total</b>	<b>98</b>

*Información entregada por Gendarmería de Chile mediante Of. Ord 1850/2022.*

La situación descrita respecto a la dotación de funcionarias/os y la carga laboral aparece también como un aspecto relevante en los relatos de las/os funcionarias/os de salud entrevistadas/os por el CPT. Las/os funcionarias/os describen que esta situación impacta en la calidad del cuidado que deben entregar y sobrecarga a los equipos, con consecuencias para su bienestar personal y su desempeño laboral, lo que en cierta medida se ve reflejado en la información agregada sobre cantidad de licencias médicas por enfermedad presentadas por las/os funcionarias/os del hospital (ver Tabla N°10). En ocasiones es necesario que el personal de salud cubra funciones de equipos diferentes a los que están designados habitualmente, situación reportada en el Servicio de Medicina. Los turnos son extensos y solo en el caso de las/os paramédicos se pagan horas extra, ya que en el caso de otras/os trabajadoras/es se compensa con tiempo libre. Además, se señala que la necesidad de contar con cuarto turno para el correcto funcionamiento del hospital es un aspecto que no es considerado de manera adecuada por Gendarmería. Relacionado con lo anterior, tomar permisos y vacaciones es un derecho que es respetado por las autoridades del Hospital, aunque, en general, son difíciles de planificar porque la escasez de personal implica que la ausencia deba organizarse de manera que los turnos no queden sin cobertura.

**Tabla N°10. Cantidad de licencias médicas presentadas por las/os funcionarias/os del Hospital Penitenciario años 2018-2022.**

Motivo de la licencia médica	2018	2019	2020	2021	2022
Enfermedad o accidente común	240	239	218	165	178
Medicina preventiva		2	4	4	
Pre y post natal	3	5	2	6	4

Enfermedad grave del niño menor del año		19	3	8	9
Accidente del trabajo o del trayecto	9	1	2	7	1
Enfermedad profesional			34	9	11
Patologías del embarazo	5	2			
Postnatal parental	1	3	2	2	2
Sin información			3		
Ley N° 21.063 / SANNA				3	
Ley N° 21.474 / Extensión Postnatal Parental					1
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>271</b>	<b>268</b>	<b>204</b>	<b>206</b>

*Información entregada por Gendarmería de Chile mediante Of. Ord 1850/2022.*

Otro aspecto preocupante de las condiciones laborales en que se encuentra el personal tiene relación con su **calidad contractual, estabilidad laboral y remuneraciones**. Existen personas que no tienen certeza sobre la continuidad de su trabajo al poseer contratos temporales que se gestionaron a través de fondos COVID y que deben ser revisados cada 6 meses, lo cual genera incertidumbre e insatisfacción. Las remuneraciones recibidas por las/os funcionarias/os del hospital son menores que las que se consiguen en el sistema de salud público y privado. Esta disparidad se da también en el caso de las/os médicas, que aunque están contratados bajo la ley N° 15.076 y la Ley N° 19.664 del Ministerio de Salud, reciben remuneraciones distintas a las que se encuentran en los servicios públicos de salud. Estas condiciones representan un obstáculo estructural que impacta en los servicios ofrecidos, ya que no se otorgan las condiciones para atraer y mantener a profesionales de salud, en especial médicos especialistas.

La situación contractual y las deficiencias en las remuneraciones de las/os funcionarias/os del hospital son un reflejo de la falta de integración de la salud penitenciaria y la red de salud pública del país, y se debiese trabajar hacia la homologación de estos aspectos para fortalecer el trabajo del Hospital Penitenciario. Un ejemplo de esta desarticulación se dio bajo la crisis sanitaria por COVID-19 cuando se dejó fuera a las/os funcionarias/os de la salud que se desempeñan en los recintos penitenciarios del descanso reparatorio otorgado por la Ley N° 21.409 del 25 de enero del 2022 a las trabajadoras y trabajadores de la salud, en reconocimiento a la labor desempeñada durante la pandemia. En el mes de diciembre, la Contraloría General de la República dictaminó que el beneficio de la ley citado anteriormente es extensible a las/os trabajadoras/es de salud de GENCHI, sin embargo, esta medida plantea tremendos desafíos en su implementación, pues no considera recursos extras para que la institución pueda garantizar el descanso y la continuidad de los servicios de manera óptima. Por otra parte, tampoco fueron beneficiados con bono especial de emergencia sanitaria COVID-19 por una sola vez de \$200.000 para el personal auxiliar profesional, técnico y administrativo de servicios públicos, según Ley N° 21.306 de reajuste de remuneraciones a trabajadores del sector público del año 2020.

Durante la visita también se revisaron las **condiciones físicas** en las que se desempeñan las/os funcionarias/os de salud. Estas condiciones se condicen con el estado general de deterioro del edificio y se expresa principalmente en áreas de descanso inadecuadas, con escasa ventilación, problemas de humedad y espacios reducidos. Se conoció un caso en el que las/os propias/os funcionarias/os realizaron reparaciones y se proveyeron de mobiliario para acondicionar un área de descanso. También se recogieron testimonios sobre la calidad y cantidad de la comida que se les ofrece a las/os trabajadores, donde la colación y merienda se hace insuficiente para enfrentar los turnos.

El **ambiente laboral** en el hospital es destacado de manera positiva, tanto por las autoridades como por las/os trabajadoras/es. Existen buenas relaciones interpersonales y buen trato entre pares. Muchas/os trabajadoras/es se han desempeñado en el Hospital por largo tiempo y expresan tener y observar en las/os

demás altos grados de compromiso hacia su trabajo, a pesar de trabajar en condiciones adversas. Se usan palabras positivas para describir el ambiente laboral, desde “cordial” o “bueno”, hasta “impagable” o “maravilloso”. La observación de las dinámicas del hospital realizadas por el equipo de visita del CPT confirma lo informado por las/os trabajadoras/es y autoridades del hospital, apreciándose un trato respetuoso entre ellas/os. También se observa un trato cordial y respetuoso hacia las personas privadas de libertad hospitalizadas y atendidas en el Policlínico de especialidades, observaciones que se refuerzan con los testimonios de las/os pacientes entrevistadas/os.

Por otra parte, en el Hospital Penitenciario las/os funcionarias/os de la salud expresaron preocupación por su **seguridad** personal al trabajar. Se reportó durante la visita que existen discusiones y peleas entre pacientes que pueden afectar a las/os funcionarias/os y, en ocasiones, el personal recibiría amenazas y/o agresiones por parte de pacientes, llegando a producirse situaciones graves de riesgo en el pasado. Las/os trabajadoras/es de la salud señalan que las/os funcionarias/os de custodia no son suficientes para cubrir situaciones críticas o realizar rondas periódicas, ya que generalmente se encuentran haciendo guardia en la entrada principal del establecimiento. La infraestructura de este recinto no brinda condiciones de seguridad adecuadas para funcionarias/os y personas hospitalizadas ante situaciones de emergencia, como incendios, terremotos o eventos de violencia.

**No existen instancias de promoción de la salud, cuidado de equipos y autocuidado para las/os trabajadoras/es del hospital.** Las/os trabajadoras/es entrevistadas/os insisten en la necesidad de contar con medidas de manejo de estrés, pausas durante los turnos para poder descansar y despejarse y recibir apoyo psicológico, todo esto debido a la sobrecarga laboral y al tipo de trabajo que realizan, en especial quienes tienen trato directo con personas privadas de libertad. La aproximación al cuidado de la salud mental de las/os funcionarias/os es de tipo reactiva, es decir, se activa solo frente a un conflicto, como sucedió durante el año 2022, con el incendio de las dependencias del Servicio de Medicina.

Finalmente, las/os trabajadoras/es coinciden en que la valoración de su trabajo es escasa. Si bien reportan satisfacción y compromiso en general, autoridades y trabajadoras/es indican que es un trabajo difícil y que no se sienten validados ni valorados por Gendarmería, lo que redundaría en que sus problemas y necesidades queden invisibilizados.

### ***Comentario CPT***

Para el CPT es de especial atención mejorar la calidad de vida laboral. Se detectaron problemas como escasez de médicos generales y especialistas, turnos extensos y necesidad de contar con recursos para pagar horas extras. Las condiciones físicas de trabajo son deficientes, no se cuenta con espacios adecuados de descanso, existen problemas de seguridad para las/os funcionarias/os y personas hospitalizadas, y es necesario trabajar en planes de cuidado de equipos y autocuidado. Se destaca positivamente el buen clima laboral.

### 3. Régimen y actividades

#### a. Ingreso al Hospital Penitenciario

El Hospital Penitenciario recibe personas privadas de libertad de todos los establecimientos de la Región Metropolitana y también de otras regiones del país. Las/os pacientes son derivadas/os al hospital por distintas vías, siendo las principales: (1) Desde los centros penales, cuando en las unidades de atención primaria de origen no tienen la capacidad para resolver el problema de salud que se presenta. Para concretar el traslado, las enfermerías de cada unidad penal derivan al hospital con una interconsulta. En casos de gravedad se puede trasladar a las/os pacientes directamente a un hospital de alta complejidad de la red de salud pública. En todos los casos las/os pacientes son acompañadas/os por funcionarias/os de custodia de Gendarmería. (2) Desde los hospitales externos, para completar tratamientos antibióticos, realizar evaluación postoperatoria, entre otros.

También existen ingresos a hospitalización en el Hospital Penitenciario por orden de tribunales, situación que impacta significativamente el funcionamiento del mismo ya que se ocupan camas en casos que no requieren de atención médica en un contexto de recursos muy limitados para el trabajo. Esta situación es especialmente delicada en el caso de hospitalización de mujeres, donde la capacidad de hospitalización alcanza a seis camas, de las cuales cinco se encuentran habilitadas<sup>37</sup>.

Las situaciones de salud más frecuentes que las/os profesionales mencionan recibir tienen que ver con heridas por elementos cortopunzantes, fracturas y enfermedades respiratorias.

En el caso de las/os pacientes que llegan al Hospital Penitenciario debido a una situación de **emergencia**, se realiza una evaluación de ingreso por parte del Servicio de Urgencia y dependiendo de la apreciación de las/os médicos de este Servicio se decide una de las siguientes acciones: derivar a un hospital externo, hospitalizar al paciente en el Hospital Penitenciario o enviar a la persona de vuelta a su establecimiento de origen.

Sobre la decisión de derivar a una/un paciente a la red de salud externa, se resuelve por parte de la/el médico tratante, dependiendo de la gravedad o complejidad de la patología de salud que la afecte. Cabe destacar, que **el examen inicial que se realiza no contempla de forma sistemática una evaluación de salud mental**. En el caso que alguna persona privada de libertad presente signos de autoagresión, una/un profesional de la salud mental chequea la existencia de algún trastorno psiquiátrico. Se menciona que muchas veces la autolesión puede estar vinculada a obtener algún beneficio, como cambio de unidad o módulo, o expresar disconformidad con alguna situación.

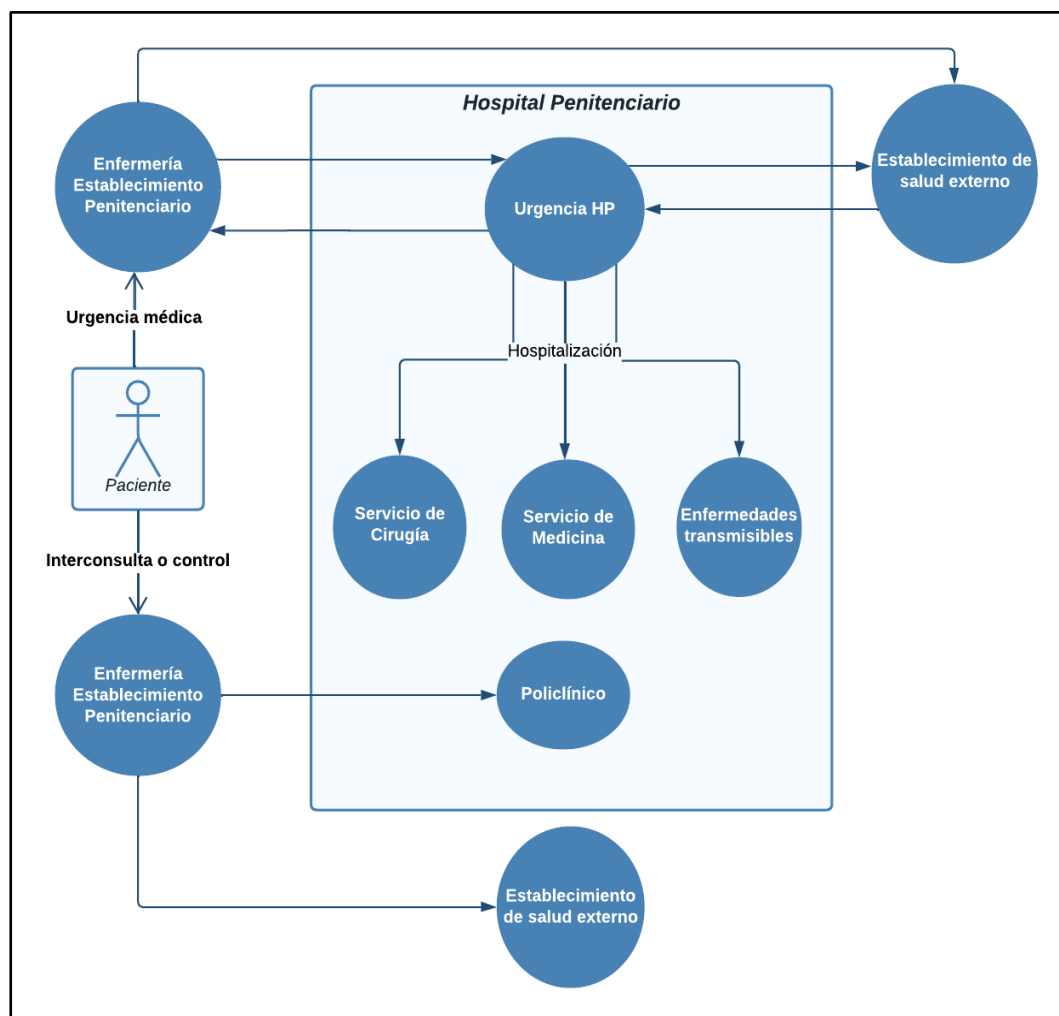
Por otra parte, para ser atendida/o en el **Policlínico** se debe seguir un conducto regular, esto es, ser atendida/o en primera instancia por la/el médico de la unidad penal en la que la persona se encuentra privada de libertad. El médico de la unidad penal solicita una interconsulta para que sea evaluada y derivada por la unidad de salud de la Dirección Regional de Gendarmería a través de un SOME (Servicio de Orientación Médica) con una semana de anticipación, quien prioriza las solicitudes según el nivel de urgencia y la gravedad de la/el paciente. Los motivos de consultas son variados, pudiendo encontrar, a modo de ejemplo, personas que refieren dolores lumbares crónicos o molestias abdominales, sospecha de cáncer, o que requieren un control postoperatorio. Según entrevistadas/os, la mayor parte de las consultas en este servicio son por problemas relacionados al área de traumatología, tales como heridas de bala, caídas y/o fracturas. Se indica que a veces hay pacientes que acuden por situaciones simples de manejar, tales como una onicocriptosis (conocida coloquialmente como “uña encarnada”), pero que, al no contar con la

---

<sup>37</sup> Ha habido períodos en que solo han estado habilitadas cuatro camas.

especialidad en el establecimiento, deben ser derivadas/os a la red externa. La derivación a la red también puede ser necesaria para realizar exámenes que no están disponibles en el hospital. Debido a las largas listas de espera en los hospitales externos (a modo de ejemplo, una Resonancia Magnética Nuclear puede demorar 6 meses), funcionarios/os le preguntan a la persona privada de libertad o a sus familiares si tiene los medios para realizar los exámenes en la red privada y lograr una atención más rápida.

**Esquema N° 1. Ingreso y derivaciones Hospital Penitenciario por razones de salud**



*Elaboración propia.*

Las **atenciones de salud mental** se realizan de forma diferente a las recientemente descritas. Al momento de la visita, el Hospital no contaba con psiquiatra desde septiembre de 2021. Dado lo anterior, la psicóloga del hospital pesquisa en el Servicio de Urgencia casos que pudieran presentar alteraciones de salud mental. Las/os profesionales de salud mental también atienden a tres pacientes con patologías psiquiátricas que habitan la Calle 1 del CDP Santiago Sur, donde hay un área destinada a estos pacientes, que son denominados “insanos”<sup>38</sup>. Los pacientes que habitan la Calle 1 cuentan con atención periódica (dos veces a la semana) por parte de la psicóloga del hospital y están bajo control farmacológico gestionado a través de la visita de un psiquiatra que trabaja para el CCP Colina I.

<sup>38</sup> Antes de la habilitación de la celda de la Calle 1 se contaba con la Calle 15 del CDP Santiago Sur para pacientes con patologías psiquiátricas.

Actualmente, las/os pacientes que presentan problemas graves de salud mental son derivados al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y existe una lista de espera para atenciones de salud mental. Distintas/os profesionales del Hospital Penitenciario reconocen que existiría población subdiagnosticada en el caso de patologías de salud mental.

#### *b. Evaluación al ingreso*

Cuando una/un paciente ingresa al hospital, en primer lugar, se registra su información en una ficha clínica y la/el médico a cargo realiza una anamnesis y examen físico, lo que se complementa con exámenes de laboratorio e imágenes, según sea necesario. Con esta información inicial se plantea un diagnóstico y se decide el destino del paciente (hospitalización en Hospital Penitenciario, derivación a establecimiento de la red de salud o retorno a la unidad penal de origen). La decisión sobre dónde derivar se toma considerando exclusivamente criterios médicos. Cuando se presenta una patología de mayor complejidad que las que puede atender el Hospital Penitenciario, se realiza una interconsulta y se coordina el traslado con Gendarmería (autorizaciones y custodia). Por otra parte, existen casos de urgencia que pasan directamente desde las unidades penales a hospitales de mayor complejidad de la red de salud. Se reporta que no se realiza una evaluación del estado de salud mental de las/os pacientes, a menos que el ingreso sea por motivos que hagan sospechar algún trastorno psiquiátrico o en el caso de autolesiones.

En el caso de presentar lesiones se produce un informe y se notifica a funcionaria/o de Gendarmería para que se realice la denuncia ante el Ministerio Público.

Según la información recopilada en las entrevistas a las/os funcionarias/os de salud del Hospital, al ingreso se informa de manera verbal a la/el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento. De igual forma, se entrega información general sobre sus derechos como pacientes. Sin embargo, en el Servicio de Urgencias no está impresa la cartilla de derechos y deberes de los pacientes y personas privadas de libertad entrevistadas no refieren haber sido informadas sobre estos.

#### *c. Motivos de ingreso*

Las personas que ingresan al hospital lo hacen principalmente debido a heridas cortopunzantes y penetrantes producto de riñas en los establecimientos penitenciarios. También se reciben frecuentemente pacientes con problemas respiratorios, gástricos, abdominales y traumatológicos. Por otra parte, existen pacientes que son dadas/os de alta de hospitales externos y que necesitan cuidados especiales que no pueden ser otorgados en las cárceles, y pacientes hospitalizadas/os por orden de tribunales. Según relatos de entrevistadas/os, estas/os últimas/os no necesariamente presentan patologías que requieran hospitalización, pero el hospital los debe recibir de todas formas. Esta situación es problemática ya que, por una parte, se ocupan camas que podrían destinarse a personas con necesidades médicas y, por otra, puede implicar problemas de seguridad, como sucedió en el caso del incendio ocurrido en el Servicio de Medicina, el que fue provocado por una persona internada por orden judicial.

El Hospital Penitenciario ofrece en promedio más de 7 mil días-cama por año, con un promedio de estadía que ha variado entre los 8,5 y 19,2 días en el período comprendido entre 2017 y 2022 (ver tabla N°11). Se observaron casos de algunas/os pacientes de larga estadía en el hospital (más de un año) quienes no tienen ningún tipo de actividad educacional o recreacional (existieron talleres que fueron suspendidos debido a la pandemia por COVID-19). En algunos casos a estas/os pacientes se les autoriza el uso de un teléfono celular.

**Tabla N°11. Días cama, egresos y estadía promedio, años 2017-2022\***

Año	Días camas	N° Egresos	Promedio Estadía
2017	8.608	769	<b>11,1</b>
2018	7.874	815	<b>9,6</b>
2019	6.395	748	<b>8,5</b>
2020	6.978	520	<b>13,4</b>
2021	6.590	342	<b>19,2</b>
*2022	3.362	211	<b>15,9</b>

*\*El año 2022 cuenta con información hasta el mes de junio.  
Información proporcionada por el Hospital Penitenciario.*

*d. Criterios de segmentación*

La segmentación en el Hospital Penitenciaria está dada por **criterios médicos**, las áreas del hospital distribuyen a las/os pacientes según patologías y **sexo** (hombre/mujer). Se considera el aislamiento en caso de enfermedad infecto-contagiosa, lo que fue observado en la visita del CPT a propósito de un grupo de personas aisladas por presentar tuberculosis. En el Servicio de Medicina existe una sala para recibir mujeres (5 camas). También se considera la segmentación por **comportamiento**, que según el caso puede resultar en aislamiento de personas que pongan en riesgo a las demás. No se considera la separación por calidad procesal (imputadas/os y condenadas/os pueden compartir sala).

En el caso del Policlínico de especialidades hay segmentación de la atención por sexo, con días destinados para la atención de mujeres y días para atender hombres.

En el Servicio de Urgencias se prioriza por nivel de **gravedad** y se separa a quienes llegan con sospecha o diagnóstico de COVID-19 u otra patología transmisible.

*e. Egreso, seguimiento — derivación*

Actualmente, el proceso de egreso del Hospital Penitenciario considera la entrega de un carnet de alta y epicrisis médica y de enfermería. En caso que el egreso se efectúe durante el fin de semana solo se entrega carnet de alta y epicrisis médica. Además, antes de la pandemia se agendaban citas para control post cirugía en el Policlínico de especialidades al momento del egreso.

Funcionarias/os reportan que existen algunos fenómenos problemáticos relacionados con el egreso, donde algunas personas se rehúsan a egresar del hospital para no volver a las unidades penales, y, por otra parte, existen personas que deben mantenerse hospitalizadas por largos períodos porque los establecimientos penitenciarios no cuentan con condiciones adecuadas para su cuidado, a pesar de no requerir necesariamente cuidados de tipo hospitalario.

*f. Contacto con el mundo exterior*

Actualmente, las formas de contacto de las/os pacientes con el mundo exterior son principalmente a través de **llamadas telefónicas**, tanto usando teléfonos públicos, como celulares. Desde el inicio de la pandemia se suspendieron las visitas, con excepciones puntuales frente a casos muy graves, como personas en etapas de fin de vida. Esta suspensión de visitas fue bien recibida en un primer momento, ya que las/os pacientes comprenden los riesgos asociados, pero con el tiempo se ha percibido molestia y se han recibido quejas al respecto. Se espera que con la flexibilización de las medidas sanitarias relacionadas con la pandemia se reanuden las visitas.

Los teléfonos públicos están ubicados en algunos pasillos del hospital y funcionan con monedas. En el caso del Servicio de Urgencias, estos teléfonos solo pueden ser utilizados por las/os pacientes que son ingresadas/os por hospitalización. Si están en espera de atención médica no pueden hablar y se mantienen custodiadas/os por funcionarias/os de Gendarmería. En Urgencias, también existe un aparato telefónico que se utiliza para que el personal se contacte con la unidad penal de las/os pacientes o con otras áreas del hospital.

En el contexto actual, resulta preocupante conocer que las formas de comunicación con el exterior son tan limitadas. El uso del teléfono público depende de la demanda, el lugar e incluso la voluntad de las/os funcionarias/os, y además, tiene un alto costo para las/os pacientes (100 pesos por 20 segundos), lo que limita significativamente el contacto con el mundo exterior.

Al momento de la visita del CPT existía un grupo de pacientes aislados por tuberculosis, quienes se quejaron del acceso arbitrario al teléfono y su alto costo. Se obtuvieron relatos de personas que no se habían podido comunicar con sus familias. También se observó a personas que han estado hospitalizadas por largos periodos de tiempo, quienes se ven muy afectados por la falta de contacto con el mundo exterior, en esos casos se valora que se permita el acceso a teléfonos celulares mientras no se reanudan las visitas.

Las/os pacientes hospitalizadas/os pueden recibir **encomiendas** con ropa, útiles de aseo, alimentación y en algunos casos medicamentos cuando estos no están en el stock de fármacos del hospital. Sin embargo algunas personas relatan que estas serían muy restringidas. A modo de ejemplo, solo podrían ingresar \$3.000 en monedas como máximo, una vez a la semana, lo que les alcanza para hablar solo 10 minutos a través del teléfono disponible en la unidad.

### ***Comentario CPT***

El CPT constata que se realizan grandes esfuerzos en tratar de entregar atención de salud a pesar de las diversas limitaciones. Sin embargo, hay aspectos que podrían ser mejorados, tales como la falta de atención en salud mental, tanto en el Servicio de Urgencia, como para hospitalizados. Advertimos que en la atención de especialidad existe una brecha de atención, que requiere el fortalecimiento del Policlínico en infraestructura y en dotación. Es necesario que los derechos y deberes de las/os pacientes se informen de forma escrita y verbal, y se incorporen en las prácticas de atención.

Es preocupante que existan personas hospitalizadas por orden judicial. Además de personas que esperan atenciones de salud de gran complejidad en hospitales externos por periodos prolongados. Ambas situaciones dificultan el ejercicio del derecho al contacto con el mundo exterior por periodos extensos y añaden otros problemas al funcionamiento del establecimiento debido al uso de camas hospitalarias para situaciones que debiesen manejarse en otros espacios.

Se destaca positivamente el esfuerzo por mantener el contacto entre personas hospitalizadas y el mundo exterior. Sin embargo, preocupa al Comité la suspensión de las visitas, y las dificultades que existen para que las/os pacientes puedan contactar a sus familiares y/o redes de apoyo vía telefónica.

Se valora positivamente que las decisiones relacionadas con la derivación a otros establecimientos de salud se toman considerando exclusivamente criterios de salud y son indicadas por médicos.

#### 4. Condiciones materiales del establecimiento

El hospital funciona en un edificio muy antiguo que, al momento de la visita, presenta problemas estructurales de infraestructura. A partir de la información recolectada durante la visita y la observación de los distintos servicios del hospital se aprecia que los principales desafíos que se enfrentan a nivel de infraestructura y condiciones materiales tienen relación con el mantenimiento general de aspectos como el sistema eléctrico, de alcantarillado y cañerías, la iluminación de algunos sectores, la mantención de la higiene (en especial en baños y algunas salas) y la falta de calefacción. Al respecto se advierte la precaria situación en la que se encuentran las personas aisladas por tuberculosis, quienes, al momento de la visita, residían en una dependencia desaseada, sin ventilación ni luz, donde las conexiones eléctricas eran realizadas por ellos mismos, situación evidentemente riesgosa para la seguridad del recinto completo. Estas personas residen en un sector de muy bajas temperaturas, y con casi nulo contacto con el mundo exterior (por ejemplo, a través de videollamadas). No habría, para ellos, un espacio seguro y adecuado para su recuperación dentro del recinto y que asegure las condiciones de aislamiento que requiere este diagnóstico de salud.

Las condiciones de deterioro son riesgosas para la seguridad de trabajadoras/es y pacientes, con problemas como la falta de ventilación del sector del Policlínico (que opera en un subterráneo) o las dificultades que se presentan frente a situaciones de emergencia, como el incendio ocurrido a mediados de 2022.

El espacio es limitado en relación con la demanda que tiene el hospital. No hay espacios para realizar ciertas acciones de rehabilitación o atender casos que requieran un espacio privado de conversación (salud mental, espacio para atender a víctimas de agresiones sexuales, entre otros) y tampoco áreas verdes o un lugar donde las/os pacientes puedan caminar o realizar actividades recreativas dentro del hospital.

Se levantó la necesidad de poner atención a la disponibilidad de insumos médicos, medicamentos, ropa de cama y artículos de aseo. Las/os funcionarias/os de salud señalan que la entrega de insumos es insuficiente y se entregan de forma muy restringida, y en el caso de terminarse el stock disponible se les solicita a las familias la compra de medicinas e insumos.

Por otra parte, la inestabilidad en el acceso a internet es un problema frecuente que perturba el correcto funcionamiento del hospital. Han llegado a pasar dos meses sin conexión a internet, demorando procesos de intercambio de información necesaria para la gestión hospitalaria de manera expedita.

En cuanto al **Servicio de Urgencias**, existen similares problemas generales de mantención, pintura e iluminación de espacios. También el mobiliario y artefactos están en mal estado, siendo de especial importancia las condiciones del lavamanos que utilizan las/os funcionarias/os de la salud antes de atender pacientes y el estado del computador disponible para el registro de información, el que presenta daños que las/os funcionarias/os atribuyen a que en ocasiones pacientes lo han lanzado al suelo en momentos de crisis. Las paredes de este servicio están en buenas condiciones generales, al igual que las ventanas y el piso. Las conexiones eléctricas están en funcionamiento.

Los servicios higiénicos se encuentran en muy malas condiciones, tanto de sus artefactos, como de limpieza, al respecto un/a funcionaria/o señala que: *“ni yo me bañaría ahí. Entre ellos también se ayudan, como pueden, quedan todos mojados... Las condiciones no están”*.

Las condiciones de salubridad en general en el Servicio de Urgencias son deficientes, los espacios comunes se ven sucios y funcionarias/os acusan presencia de plagas de cucarachas y también señalan haber visto ratones circulando por las alcantarillas: *“Usted mueve ahí en el mueble (ubicado en el repostero de urgencia) y está lleno de cucarachas, debe ser la madera del mueble viejo a lo mejor. De repente la población penal trae chinches también, pero eso*

*lo traen los chiquillos. A lo lejos se ve uno que otro ratón, por el alcantarillado, pero ese debe venir de adentro (cárcel) (funcionario).*

Se destaca que, gracias a diversas donaciones, las/os funcionarias/os de la salud cuentan con algunos elementos que hacen más gratos sus momentos de descanso, incluyendo un bergere, televisión y equipo de música.

En entrevistas se destaca la reparación del ascensor del servicio, el que estuvo sin funcionar y como consecuencia directa de esta situación las/os TENS debían transportar en andas a las/os pacientes a los pisos superiores entre varias/os. Los accesos y pasillos son amplios y permiten el traslado de sillas de ruedas y camillas.

Un aspecto que aparece en las entrevistas con diversas/os funcionarias/os es la limitación de recursos para poder reemplazar y reparar elementos o insumos que se dañan o que cumplen su vida útil, por ejemplo, si un tubo fluorescente se daña, se busca sacar uno que funcione de otra área del hospital, o en el caso de la ropa de cama, si esta se mancha con fluidos o sangre solo se lava.

El Servicio de Urgencias tiene problemas con el funcionamiento de la calefacción y todo el hospital tiene dificultades con el suministro regular de agua caliente, lo que se relaciona con el estado general del sistema de cañerías que requiere reparación ante roturas, filtraciones constantes y exceso de sarro.

Finalmente, existen problemas de espacio suficiente para mejorar la atención de salud en este servicio, esto deviene en falta de privacidad para pacientes con problemas de salud mental, víctimas de agresiones sexuales y atención de mujeres, para quienes no existen las condiciones necesarias.

Las condiciones materiales del **Servicio de Medicina** también son de mucha preocupación. Antes del incendio, este servicio se caracterizaba por ser un lugar extremadamente frío. Esta es una queja transversal de todas las personas que fueron entrevistadas en la visita del Comité, ya que no cuenta con calefacción: en los espacios comunes hay caldera que no siempre está en buenas condiciones de funcionamiento y en las salas de aislamiento donde hay pacientes con patologías infecciosas, no existe ningún mecanismo de nivelación de la temperatura ambiente. Las/os funcionarias/os describen el lugar como “un témpano de hielo”. Además, durante la visita había ventanas rotas en las salas de pacientes hombres y de aislamiento individual. A estas últimas se les denominan “jaulas”, debido a las malas condiciones de habitabilidad que poseen. Cabe mencionar que después del incendio, este servicio fue reubicado en salas de Cirugía.

Funcionarias/os cuestionan, además, la calidad de las condiciones materiales en las que se mantienen aisladas a las personas con enfermedades transmisibles como la tuberculosis, advirtiendo que se trata de espacios con bajísimas temperaturas, sin iluminación ni ventilación, factores directamente determinantes en la recuperación de estas personas.

Desde el punto de vista de las/os pacientes, se recogen inquietudes y apreciaciones similares a las que se observaron in situ y a los problemas mencionados por las/os funcionarias/os de salud. Pacientes entrevistadas/os señalan que el lugar es sucio y, a pesar de que no se detectan plagas (y se realizan fumigaciones frecuentes según información entregada por el hospital), esta situación de suciedad no es adecuada en términos de higiene y salubridad: “las cosas como son (...) sucio, no parece un hospital.” (paciente).

Cabe destacar, como se describió en el apartado Gestión del personal, que estas precarias condiciones no solo afectan a las/os pacientes, sino que también, a funcionarias/os de salud, que no cuentan con un espacio adecuado para su descanso al momento de realizar los turnos.

Teniendo en consideración la situación de personas con movilidad reducida o que se encuentran en una situación de completa inmovilidad, el Servicio de Medicina no cuenta con acceso universal para atender las características propias de estas/os pacientes. Además, se identifica como una problemática generalizada para realizarles el aseo y confort y al momento de ser trasladadas/os a los baños y duchas. También, es preocupante el caso de pacientes en aislamiento por cuadros infecciosos, que no tienen acceso a un baño en las salas, debiendo ser trasladadas/os al servicio sanitario de Urgencias.

Sobre la disponibilidad de prendas de vestir (ropa de cama y abrigo) el servicio proporciona frazadas y sábanas. Cualquier otro elemento o artículos personales de aseo y abrigo, deben ser conseguidos por las/os propias/os pacientes a través de sus redes de apoyo en el exterior.

El incendio ocurrido en el Hospital Penitenciario puso de manifiesto la situación crítica de infraestructura que le aqueja, así como también, la falta de protocolos de emergencia para hacer frente a una situación de esta índole. Así, se identificó ausencia de medidas de seguridad para emergencias y falta de claridad respecto de los roles de cada funcionaria/o del Hospital. El actuar del personal de salud consistió en aplicar un criterio general para emergencias de esta naturaleza: “los chiquillos improvisaron, o sea sí se evacuó todo el hospital, eso yo creo que está como estipulado” (funcionaria/o). También, el incendio agravó la situación de pacientes con tuberculosis que debieron ser trasladados a una sala sin ventilación ni luz donde ellos mismos manipulan la instalación eléctrica<sup>39</sup> existente. Es especialmente preocupante la falta de preparación para emergencias, la inexistencia de protocolos claros de actuación ante estas situaciones y la ausencia de elementos de seguridad, como detectores de humo. Funcionarias/os relatan que los últimos simulacros de incendio se habrían realizado hace “seis o siete años”.

Durante la visita realizada se nos comunicó que el hospital se adjudicó un proyecto de recuperación para reparar las dependencias afectadas por el incendio.

En el caso del **Policlínico** de especialidades se observan condiciones de infraestructura preocupantes respecto de la seguridad de pacientes y funcionarias/os. El policlínico está ubicado en un subterráneo lo que genera problemas de accesibilidad y reduce, además, las posibilidades de atención a personas con movilidad reducida que utilizan una silla de ruedas y no se pueden bajar por el riesgo de caída (el acceso es mediante una escalera angosta y pronunciada). La capacidad de atención también se ve limitada por la ventilación del lugar, pues obliga a reducir la cantidad de pacientes, generando una lista de espera para ser atendida/o en el policlínico. El Policlínico también presenta problemas de filtraciones en algunos sectores como la sala de enfermería, una celda y box de atención, provocando que haya exceso de humedad en estos lugares.

Cabe destacar que el **quirófano** cuenta con buenas condiciones y está bien equipado, aunque desde el inicio de la pandemia por COVID-19 no está en uso. La **farmacia** se encuentra ubicada en el primer piso del Hospital Penitenciario en sector norte del edificio. En ese sector del hospital, se encuentra también la central de alimentación y el servicio dental. La farmacia no posee autorización sanitaria y a nivel de infraestructura no presenta problemas mayores (según lo observado y lo expuesto por funcionarias/os que trabajan en esta dependencia). El lugar cuenta con una puerta de seguridad de metal que tiene una ventana con rejilla, posee varios estantes, con rotulación para la identificación de medicamentos y está limpio. Debido a la inexistencia de autorización sanitaria las compras de medicamentos se realizan a través de la farmacia central de Gendarmería, lo que limita su autonomía. El stock se manejaría bien y alcanzaría a cubrir las necesidades básicas del Hospital, aunque se menciona que no hay acceso a medicamentos de última generación y en ocasiones son las/os familiares de las personas privadas de libertad quienes tienen

---

<sup>39</sup> Las salas de aislamiento para personas con tuberculosis deben ser acondicionadas con presión negativa de aire, o puerta cerrada y ventanas abiertas si no existe tal sistema.

que adquirir y llevar personalmente al hospital los medicamentos recetados. La sala de **imagenología** se encuentra en buenas condiciones y funciona de lunes a domingo de 8 a 20 horas, al igual que el **laboratorio**, lo que imposibilita la toma de exámenes y radiografías durante el horario nocturno, obligando al hospital a derivar a la red de salud externa a las/os pacientes que requieran estos servicios. Además, las dependencias del laboratorio se encuentran en malas condiciones, con instalaciones eléctricas deficientes, orina y excrementos de ratones y gatos en el perímetro externo -debiendo mantener las ventanas cerradas durante la jornada laboral-. Entrevistadas/os relatan que el espacio es reducido y que se sienten desprotegidas/os frente a posibles desastres o situaciones de riesgo, dado que no cuentan con salidas de emergencia ni custodia de Gendarmería. Recientemente sufrieron un robo al interior, donde una persona ingresó por las ventanas, debiendo instalar protecciones en ellas. Existen 2 funcionarias/os por turno -1 tecnóloga/o médica/o y 1 TENS-, observando una importante sobrecarga laboral. Los exámenes que procesan en el laboratorio son diversos y se perciben como adecuados, encontrando exámenes de sangre, orina, deposición y bacteriológicos. Los test para evaluar sífilis (por ejemplo, RPR) se derivan al Hospital Barros Luco y los de VIH (ELISA VIH), al Instituto de Salud Pública.

### ***Comentario CTP***

Las condiciones de infraestructura merecen una atención especial. Si bien existe un proyecto de reconstrucción del Servicio de Medicina, para habilitar el sector luego del incendio ocurrido en julio de 2022, los servicios restantes también requieren de mejoras sustanciales y urgentes en su infraestructura y mantenimiento. Asimismo, sería importante poder extender el horario de funcionamiento del laboratorio e imagenología -a 24 horas al día-, para poder aumentar la capacidad resolutive del hospital durante el horario nocturno.

## ***5. Atención de salud***

El Hospital Penitenciario es definido como un establecimiento de baja complejidad y, como se señaló anteriormente, cuenta con atención de urgencia, hospitalización, servicio de cirugía, pabellón (hoy sin uso), odontología (consultas y tratamientos), policlínico de especialidad, kinesiología, laboratorio clínico e imagenología. El pabellón no funciona actualmente debido a la renuncia del cirujano, pero se mencionan planes de reabrirlo en el mediano plazo, para poder cubrir la lista de espera de cirugías menores (en especial relacionadas con urología y hernias). Desde las autoridades del hospital se recoge la intención de aumentar la complejidad del hospital en el futuro.

Las prestaciones de salud disponibles en el **Servicio de Medicina** del Hospital Penitenciario, son: Traumatología, Urología, Medicina Interna, Cirugía y Psicología. En cuanto a la derivación a un centro de salud externo, esta decisión es tomada por la/el médico tratante, en virtud de la complejidad o gravedad de la patología de la/el paciente y la imposibilidad del Servicio de Medicina para entregar la asistencia de salud. Por ejemplo, en el caso de necesitar scanner, cirugías u otras prestaciones para las cuales el servicio no esté preparado.

Frente a la atención de situaciones críticas, se identifica un protocolo claro por parte de la enfermera jefa del servicio, respecto de atenciones de salud masivas y otras de índole especial. Para el caso de atenciones masivas originadas en actos de violencia en los recintos penitenciarios se realiza un “*triage*”, mediante el cual se clasifica a las personas según la gravedad de las heridas. En base a esta separación se realiza la atención necesaria. Para personas con enfermedades terminales, se destaca la especial preocupación del personal de salud para generar un ambiente acogedor y la comunicación permanente con familiares, la que es liderada por una/un profesional en salud mental o por una/un trabajadora/trabajador social. En el caso

de fallecimientos, el Hospital Penitenciario cuenta con una morgue, donde se conservan los cuerpos mientras son retirados por familiares o el Servicio Médico Legal, en caso de tratarse de una muerte bajo custodia con intervención de terceros.

Para las personas con VIH/SIDA, el Servicio de Medicina contempla los protocolos de atención previstos en el Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, donde reciben el tratamiento establecido a nivel nacional para el control de esta enfermedad. Asimismo, hay un equipo especializado dedicado a su cuidado, tratamiento y monitoreo, quienes están a cargo de la implementación de los programas ministeriales para enfermedades transmisibles como VIH, tuberculosis y otras de transmisión sexual. Las personas portadoras de VIH pueden llegar al Servicio de Urgencia si presentan algún síntoma que lo amerite y se atienden de la misma manera que cualquier otro paciente, a menos que se requiera aislar debido a una situación grave de inmunodeficiencia.

Las personas con cuadros infecciosos como tuberculosis o COVID-19, se mantienen aisladas. En relación a los exámenes de SARS-CoV-2, dada la falta de testeo en horario nocturno, toda persona que ingresa por la noche, debe realizar cuarentena hasta el día siguiente.

En el Servicio de Medicina, por lo general, las/os entrevistadas/os refieren que no tienen problemas con el stock de medicamentos y no observan mayores diferencias al comparar con otros servicios de salud externos. Las dificultades en cuanto al acceso a medicamentos tienen relación con la complejidad de conseguir algunos más específicos o de alto costo. La farmacia con la que cuenta el Hospital Penitenciario no es la misma con la que se insuma la enfermería de la unidad penal, por lo que, en ocasiones, entrevistadas/os relatan tener dificultades en mantener algunos tratamientos farmacológicos indicados en el hospital en sus centros penitenciarios de origen. Por otra parte, a veces se requiere que familiares y/o redes de apoyo de las personas privadas de libertad proporcionen los insumos médicos que no están disponibles en el centro, los que se ingresan a través de encomiendas, previa indicación de su médico tratante.

Durante la visita se constata la presencia de la psicóloga y la trabajadora social en los Servicios de Medicina y de Cirugía. Actualmente, el Hospital no cuenta con médico psiquiatra, esto es preocupante y se perciben dificultades serias en casos de presencia de personas que llegan al hospital con signos de enfermedades mentales en estados de descompensación y que pueden requerir internación por este motivo.

### ***Comentario CPT***

El CPT advierte que las/os profesionales de la salud presentan un gran compromiso por entregar las atenciones de salud requeridas, pese al contexto de alta complejidad en el que se desempeñan. Valoramos las intenciones de reanudar las cirugías en el Hospital y también destacamos el proyecto de reconstrucción del Servicio de Medicina. Es de gran preocupación la falta de atención de médico psiquiatra, tanto para las personas hospitalizadas, como para quienes requieren atención ambulatoria.

### ***6. Autonomía***

La autonomía de las personas privadas de libertad respecto de las decisiones que refieren a su propia salud y la capacidad de realizar ciertas acciones por su cuenta son derechos que deben ser considerados al momento de organizar la atención médica y los cuidados que se entregan en los establecimientos de salud.

El hospital cuenta con protocolos de consentimiento informado solo para intervenciones quirúrgicas y para tomar muestras de examen de VIH.

En el caso de pacientes con problemas de salud mental que rechazan el tratamiento o no quieren ser hospitalizadas/os, esta decisión se comunica al médico tratante y a la psicóloga del servicio, quienes inician un procedimiento de mediación con la o el paciente. Si la mediación no funciona, se le señalan los riesgos de su decisión y se deja por escrito que actúa bajo su responsabilidad. Esta información queda en la ficha clínica de la/el paciente con su firma.

Tal como se señaló anteriormente, existen personas hospitalizadas por largos periodos de tiempo, ya sea por presentar algún tipo de discapacidad, dependencias severas, estar en espera de resoluciones quirúrgicas, entre otros motivos. Frente a esas situaciones, se debería contar con un centro que favoreciera mayores niveles de autonomía. Si bien ello excede a las decisiones que se puedan tomar desde el Hospital, es necesario repensar un modelo de atención en el contexto de privación de libertad para este tipo de casos.

### ***Comentario CPT***

El CPT valora que se cuente con protocolos de consentimiento informado para algunas prestaciones de salud. Así también, que exista la posibilidad de que las personas con diagnóstico de salud mental rechacen su tratamiento y que se considere una mediación en esos casos. Sin embargo, vemos con preocupación la escasa autonomía de las personas hospitalizadas de larga estadía y la falta de un proceso de consentimiento informado para las otras prestaciones que entregan.

## *7. Medidas de protección*

Relacionado con la autonomía, el acceso a la información veraz y completa sobre la situación de salud es parte importante de una atención de salud respetuosa de los derechos de las/os pacientes. Según la información recogida, en la gestión de la atención que entrega el Hospital Penitenciario no existe un acceso estandarizado a la información respecto a los derechos de las/os pacientes, así como tampoco de los diagnósticos y tratamiento, o las reglas de convivencia del servicio. Esta comunicación se hace en virtud de la relación paciente y personal de salud tratante, creándose diferencias que pueden ser arbitrarias, al depender de cómo lo gestione cada quien.

En cuanto a las solicitudes y quejas que pudieran tener las/os pacientes, se observa que no existen mecanismos formales para recibir reclamos por parte de las/os pacientes, salvo la posibilidad de generar instancias de conversación directa entre paciente y personal de salud. Esta situación es corroborada por personal de salud y pacientes. Estas/os últimas/os, señalan que se inclinan mayormente por contactar a sus abogadas/os en casos de querer presentar alguna queja, aunque también se vieron casos en que las/os mismas/os pacientes han presentado escritos para realizar solicitudes (por ejemplo, para la autorización del uso de celulares).

No existen medidas disciplinarias establecidas por protocolo, pero en el caso de problemas de comportamientos que pongan en riesgo a las/os pacientes y el personal de salud, se utiliza la segmentación en sala de aislamiento. Durante la visita observamos que además de las salas de aislamiento ocupadas por personas con tuberculosis, también existían personas aisladas que ingresaron por orden judicial.

En relación con las medidas para prevenir vulneraciones de derechos, se recogió que todas las contenciones deben ser autorizadas por una/un médico. Sin embargo, como se señala arriba, no se identifican vías de denuncia ni protocolos estandarizados para actuar frente a la vulneración de derechos y las/os pacientes entrevistadas/os refieren a que, para esto, se debe contactar a una/un abogada/o.

Es de preocupación que la información asociada al diagnóstico y tratamiento que se recibe en el hospital es entregada de distintas formas según quien esté tratando el caso, utilizando criterios diversos. En esta línea también es de preocupación que no se consulte a las personas por su consentimiento para llevar a cabo procedimientos (con excepción de examen de VIH y cirugía) o para aceptar la hospitalización. De todas formas, existen ocasiones en las que las personas rechazan tratamientos o la hospitalización, y cuando esto ocurre se deja constancia por escrito.

Se observó que el acceso a la información general sobre derechos y deberes de las/os pacientes no está al alcance de las personas que se atienden en el hospital. En el caso del Policlínico se aprecia que la información para pacientes no está actualizada y se centra en material sobre promoción de la salud y en evitar o pesquisar enfermedades transmisibles, pero no está disponible información sobre el funcionamiento de este servicio.

### ***Comentario CPT***

El CPT observa con preocupación que no existen mecanismos formales para efectuar reclamos o denuncias; así como también que la información tanto de diagnóstico, tratamiento, derechos y reglas de convivencia, no sea entregada de forma estandarizada.

## ***8. Seguridad, orden y disciplina***

El CPT constató una serie de riesgos relacionados con la seguridad del personal de salud y de las personas que se atienden en el hospital. Por una parte, las características de infraestructura y la falta de protocolos ante emergencias dejan al hospital en una situación de vulnerabilidad preocupante. Por otra parte, la seguridad física ante situaciones críticas de violencia es una preocupación constante para quienes trabajan en el hospital y, además, no favorece la recuperación de las personas hospitalizadas.

Los problemas de infraestructura que ponen en riesgo a las personas tienen que ver, sobre todo, con contar con espacios adecuados, vías de escape y ventilación. Estos problemas se describen en el apartado *Condiciones materiales del establecimiento*.

En cuanto a la seguridad personal y el manejo de conflictos relacionados con situaciones que ponen en riesgo a personal de la salud y pacientes, las/os funcionarias/os manifiestan sentirse muchas veces desprotegidas/os.

Los elementos que se relacionan con este estado de desprotección son variados y van desde aspectos materiales, como la inexistencia de monitoreo telemático de seguridad, hasta la escasez de personal de custodia de Gendarmería, el que ha disminuido en comparación con el periodo previo a la pandemia. Durante la visita se señaló que la dotación de funcionarias/os de custodia actualmente se compone por tres gendarmes, de las/os cuales dos hacen rondas y una/o está permanentemente en la entrada. Funcionarias/os de la salud señalan que las rondas que se realizan son más bien esporádicas e indican que idealmente debería haber al menos una/un funcionaria/o de custodia fija/o por servicio o una/un encargada/o de seguridad por piso. Durante la visita del CPT, se observaron rondas en el Servicio de Medicina, además de guardia en la entrada del hospital y custodia en el Servicio de Urgencia y Policlínico. En estos últimos la custodia es llevada a cabo por las/os funcionarias/os de Gendarmería encargados del traslado de los internos.

Las situaciones de riesgo que se dan en el hospital corresponden principalmente a agresiones entre personas privadas de libertad, llegada de personas que portan armas o elementos cortopunzantes (cuchillos, hojas de afeitar) y personas en estados de agitación psicomotora severa, que pueden volverse agresivas o autoinfligirse lesiones. Dependiendo de la naturaleza de estas situaciones de riesgo, las/os trabajadoras/es de la salud recurren a diversas medidas de control de crisis. Al respecto, funcionarias/os entrevistadas/os advierten que, por seguridad de ellas/os y de las/os pacientes, siempre deberían contar con funcionarias/os penitenciarias/os. Es necesario considerar que la exposición permanente a situaciones de inseguridad incide directamente, según el personal, en la motivación por trabajar y mantenerse trabajando en el recinto.

En casos de violencia o agresividad inmanejables, se recurre a funcionarias/os de custodia de Gendarmería, quienes acuden al lugar para contener a quienes estén causando la situación. Funcionarias/os de custodia de Gendarmería están a cargo de realizar maniobras de contención física en casos de descompensación grave, donde la integridad de funcionarias/os y otras personas hospitalizadas se vea comprometida. En casos de menor complejidad, es el personal de salud el que realiza la contención, con autorización de la/el médico tratante. También se utiliza la contención farmacológica, consistente en la aplicación de un medicamento para tranquilizar a la persona. Como ejemplos de momentos en los que se utilizan métodos de contención, se encuentran los estados de confusión temporoespacial, donde las/os pacientes se retiran las vías intravenosas, hasta casos de violencia e intentos de fuga.

Se destaca que en el Policlínico de especialidades, al igual que en los demás servicios, no se cuenta con personal de custodia de manera permanente, ni tampoco con cámaras de seguridad que permitan el monitoreo a distancia y la generación de alertas, porque aunque existe un timbre de emergencias, este método no permite conocer el lugar exacto dónde está ocurriendo la situación de emergencia. A nivel de infraestructura, es preocupante que el Policlínico y laboratorio no cuenten con salidas de emergencia. Estas deficiencias impactan en la atención de salud, ya que limita la cantidad de personas que se pueden recibir de manera simultánea. El personal de salud señala que en ocasiones han sido agredidas/os verbalmente y que las personas que llegan desde unidades de alta seguridad cuentan con funcionarias/os de custodia de manera permanente, lo que asegura un resguardo mientras permanecen en la sección.

En el Servicio de Urgencias se ha observado que las revisiones de seguridad al ingreso son deficientes y han permitido el ingreso de elementos cortopunzantes. En este lugar además se reúnen personas que pueden tener conflictos entre sí, lo que resulta en agresiones y provoca preocupación y sensación de inseguridad para las/os funcionarias/os de la salud.

Un desafío importante que enfrenta el Hospital en cuanto a la seguridad refiere a la internación de personas que ingresan por orden de tribunales por motivos de seguridad. Tanto pacientes como funcionarias/os advierten con preocupación la inseguridad que genera en el recinto albergar a personas por razones distintas a diagnósticos y/o tratamientos de salud, señalando la escasez de herramientas disponibles en el Hospital para enfrentar a personas potencialmente conflictivas, y el riesgo que esto significa para las personas hospitalizadas y el personal. Estas situaciones se dan especialmente cuando ingresan personas por orden de tribunales debido a motivos de seguridad (referida tanto a la seguridad de los recintos penitenciarios, como a medidas de seguridad personal por segmentación agotada).

Un ejemplo de este riesgo son los hechos ocurridos en julio de 2022, momento en que se produjo un incendio en el Servicio de Medicina del Hospital Penitenciario. Este incendio fue provocado por una/os paciente que, según relatos de otras personas hospitalizadas y funcionarias/os, inicialmente habría ingresado

al recinto por razones de salud, pero que hace semanas se encontraba en el Hospital por medidas de seguridad, es decir, por razones que no tenían que ver con su situación de salud, sino con la gestión penitenciaria. Se advierte que era una persona que ya había amenazado al personal de salud con incendiar las instalaciones, que había portado un arma blanca en el recinto y que habría provocado una serie de situaciones que tanto pacientes como funcionarias/os señalan como de mala conducta. Entre estas situaciones se señalan amenazas y agresiones físicas y verbales al personal de salud y a otras personas hospitalizadas. Las/os funcionarias/os advierten que, como la persona estaba en el hospital por orden del tribunal, al parecer vinculada a la falta de segmentación en las unidades penales, *no podían hacer nada*, a pesar de la amenaza que presentaba para el resto de las/os residentes y el personal que trabaja en el recinto. La única medida que se pudo tomar fue llevarlo a una sala de aislamiento.

Según la información entregada por las autoridades y la observación del CPT in situ de las instalaciones del recinto antes y después del evento, se observan importantes daños a la infraestructura y, especialmente, serios riesgos asociados a la escasez de recursos y protocolos para el abordaje de este tipo de situaciones. El incendio se produjo desde el interior de una de las salas de aislamiento, en un pasillo entre la sala de medicina de hombres y la sala de medicina de mujeres. En ambas dependencias se encontraban pacientes en estados delicados de salud, incluyendo personas oxígeno dependientes o en estados críticos de salud, producto de enfermedades. La sala en la que se produjo el incendio era de cemento, material que frenó el avance del fuego hacia las dependencias aledañas. Tal como se aprecia en las siguientes fotografías, el daño, sin embargo, fue importante, sobre todo en términos de toxicidad. La sala en la que se produjo el incendio y el pasillo que une ambas dependencias de recuperación de pacientes se encontraba cubierta de hollín y las ventanas rotas producto del calor del fuego. La electricidad dejó de funcionar en esa sección producto del incendio. El olor a humo se sentía incluso después de haber transcurrido 5 días desde el incidente.



*Habitación de aislamiento antes y después del incendio.*

Según relatos del personal de salud y pacientes, la evacuación del Servicio se habría producido unos minutos después de iniciado el incendio. Las/os funcionarias/os del lugar habrían efectuado dicho procedimiento, primero, realizando un traslado colectivo a la zona de cortafuegos libre de humo y luego hacia un espacio más alejado de la zona afectada. Todas/os las/os pacientes fueron trasladadas/os a la 5° reja del C.D.P. Santiago Sur. Algunos relatos sostienen que el procedimiento se desarrolló más desde la improvisación y el sentido común que a partir de previas instrucciones o protocolos para estas emergencias. La evacuación de todas las personas del hospital sería lo único que estaba estipulado por protocolo<sup>40</sup>.

La primera persona rescatada habría sido quien provocó el incendio y que, por lo tanto, se encontraba en contacto directo con el fuego. Luego habrían continuado con todas/os las/os pacientes del recinto. Las/os funcionarias/os relatan este procedimiento como muy complejo, dada la densidad y cantidad de humo que había en el sector.

Ese día había 3 funcionarias/os trabajando en el Servicio de Medicina, dos mujeres y un hombre. Los primeros minutos del incidente, una/o de las/os funcionarias/os de la salud habría sacado a solas y en brazos a varios de las/os pacientes postrados a la zona de seguridad. A los minutos, las/os funcionarias/os penitenciarios habrían ingresado a ayudar con estas labores. Los relatos de las/os pacientes entrevistadas/os valoran la celeridad y buen trato de todas y todos las/os funcionaria/os que efectuaron la evacuación ese día, y concuerdan en la cooperación colectiva de todas/os en el procedimiento: funcionarias/os penitenciarias/os, autoridades, personal de salud, pacientes. Advierten, sin embargo, la enorme complejidad y riesgo que tienen este tipo de incidentes en el recinto. Una/o de las/os pacientes oxígeno dependientes relata haber estado descompensada/o producto del incidente; se trata de una persona que está conectada a un oxigenador de pared fijo. Al momento del incendio, tuvo que ser trasladada con un transportador y una silla de ruedas, además de proveer corticoides por vía endovenosa producto de la afectación de su respiración por la exposición al humo. Ella relata haber tenido mucho miedo, señalando gran preocupación por las/os pacientes postradas/os de la sala aledaña al sector del incendio. Al respecto, una/o de las/os funcionarias/os relata: *“pudo haber quedado la escoba. Si no fuese por los chiquillos que se preocuparon de sacar a los pacientes, los pacientes hubiesen muerto, o intoxicados o quemados”*. La brigada de bomberos de Gendarmería habría salvado la situación con los extractores para contener el fuego y el apoyo del personal. A pesar de la buena percepción desde las/os pacientes acerca del procedimiento de evacuación, no se realizó control radiográfico a todos ellos después de la exposición al incendio, situación altamente preocupante, especialmente si se consideran personas con patologías graves como cáncer, accidentes cerebrovasculares, entre otros. Esto se debería, según alguna/os entrevistada/os a temas presupuestarios.

El personal de salud advierte el evento como un episodio altamente traumático. Algunas/os relatan taquicardias producto del estrés de la situación y llantos los días posteriores. Al respecto, se advierte la escasez de instancias previstas para el autocuidado del personal durante y después de este tipo de emergencias: *todos los chiquillos después siguieron trabajando ese mismo día como si nada*. Si bien hubo atención telefónica con la psicóloga del Policlínico Institucional, dentro de los 5 días posteriores al accidente, la profesional habría realizado una visita que fue percibida como muy breve desde el personal de salud. Se habría, además, entregado un teléfono de salud mental, que al parecer no habría sido utilizado por el personal, ya que todos se encontraban trabajando los días siguientes a la emergencia. Después del incidente, ninguna/ningún funcionaria/o tuvo licencia ni fue chequeada/o médicamente. Funcionarias/os señalan, al respecto, que la mayoría del personal de salud fue a trabajar por vocación y preocupación por las/os

---

<sup>40</sup> Se reportó que luego del incendio se realizó una reunión para consensuar la toma de algunas acciones concretas, pero aún no se cuenta con protocolos para enfrentar este tipo de situaciones.

pacientes. Se relata una sensación de desamparo muy fuerte, aludiendo a las previas advertencias realizadas por las/os profesionales respecto de la amenaza que significaba para la salud y seguridad de las/os pacientes y funcionarias/os la residencia de personas conflictivas al interior del recinto por medidas de seguridad.

### ***Comentario CPT***

El CPT advierte que existen riesgos relevantes para la seguridad personal de funcionarias/os y personas que se atienden en el hospital. Las situaciones críticas se abordarían de forma reactiva y se aprecia la necesidad de contar con protocolos de seguridad claros y conocidos por todas las personas que se desempeñan en el Hospital, junto con fortalecer la dotación de funcionarias/os de custodia que puedan prevenir y reaccionar de manera inmediata ante situaciones críticas.

## ***9. Trato y violencia***

Se destaca positivamente que, en general, el trato hacia las/os pacientes es respetuoso y las relaciones entre funcionarias/os y personas privadas de libertad son definidas de manera positiva en las entrevistas realizadas. Este hallazgo también aparece en las observaciones de la interacción entre personal de la salud y las personas hospitalizadas realizadas durante la visita del CPT al Hospital Penitenciario.

Este trato respetuoso es reconocido de manera transversal, aunque se indica que en ocasiones puntuales se han observado comportamientos poco apropiados de las/os funcionarias/os de la salud que han sido resueltos de buena forma. Entre estas actitudes se encontraría usar malas palabras o garabatos hacia las/os pacientes y se menciona una ocasión en que no se respetó el uso del nombre social de una persona transexual. La forma en que se soluciona este tipo de problema consiste, principalmente, en una amonestación verbal. Se menciona en entrevistas un caso más serio donde una/un técnico de la salud habría usado fuerza excesiva en el manejo de una persona privada de libertad, situación en la que se llamó la atención de la persona que cometió esta falta y se le comunicó a las jefaturas. Se observa en el discurso una buena disposición a denunciar situaciones de maltrato por parte de las/os funcionarias/os de la salud.

Una situación menos favorable se daría en el trato de las/os funcionarias/os de custodia de Gendarmería hacia las personas privadas de libertad. Estas situaciones pueden resultar en un escalamiento negativo en la experiencia de las/os pacientes en el Hospital Penitenciario. Esta percepción está presente tanto en pacientes como en funcionarias/os de la salud entrevistados.

Como se señaló en el apartado anterior (Seguridad, orden y disciplina), el personal de salud se siente vulnerable a situaciones de violencia, y aunque el trato suele ser respetuoso, hay momentos en que reciben amenazas e insultos por parte de las/os pacientes, temiendo que las situaciones puedan escalar a ataques físicos.

Finalmente, existe una situación problemática en el caso de derivaciones a recintos de salud de la red pública, donde frecuentemente las personas privadas de libertad no son tratadas de manera adecuada y respetuosa, las atienden como si quisieran “deshacerse” de ellas lo más rápido posible e incluso son tratadas de manera poco profesional, aludiendo a los delitos cometidos como forma de justificar el trato diferenciado que se les otorga. En las derivaciones también se señala que funcionarias/os de custodia intentan ejercer presión para que la atención sea realizada rápidamente o se insiste en que se le dé el alta a los pacientes, ya que no les acomoda custodiar a las personas privadas de libertad en establecimientos de salud por extenderse los

turnos más allá de los tiempos habituales.

### *Comentario CPT*

El CPT valora el buen trato que las/os trabajadoras de la salud del Hospital entregan a las personas privadas de libertad de manera transversal y la capacidad de resolver potenciales conflictos. Esto contrasta claramente con el trato y relación entre funcionarias/os uniformadas/os de Gendarmería y las personas privadas de libertad. Por otra parte, constatamos que las/os funcionarias/os de salud han enfrentado situaciones de inseguridad y expresan la necesidad de contar con mejores medidas. Por último, es preocupante la ocurrencia de situaciones de malos tratos hacia las personas privadas de libertad en la atención de hospitales externos.

## **VI. Recomendaciones**

A partir de las observaciones e información recogida durante la visita al Hospital Penitenciario y la información complementaria entregada por Gendarmería de Chile, el CPT realiza las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la provisión de salud de manera oportuna para las personas privadas de libertad. Estas recomendaciones se entregan tanto para Gendarmería de Chile a nivel nacional y al Departamento de Salud de la institución en particular, como a la autoridad de salud, y se presentan según su alcance desde lo general a lo local.

Al **Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Gendarmería de Chile**: Se insta a trabajar en el corto plazo hacia el diseño y posterior implementación de un modelo de salud integral en el que se garantice el acceso a la salud sin discriminación para las personas privadas de libertad bajo la custodia de Gendarmería de Chile.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a subsanar a corto plazo los déficits que impiden que el Hospital Penitenciario cuente con autorización sanitaria, con el fin de poder gestionar la solicitud de esta autorización.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a iniciar el camino hacia la obtención de acreditación como prestador de atención cerrada para el Hospital Penitenciario en el mediano plazo.

Se sugiere al **Poder Judicial** en el corto plazo considerar criterios clínicos de derivación al Hospital Penitenciario, evitando utilizar este recinto para casos de segregación por motivos de seguridad.

Se insta al **Ministerio de Salud** a trabajar en conjunto con **Gendarmería de Chile** para la homologación de **registros y sistemas de información** que permita contar con información precisa y que facilite la planificación en salud en el mediano plazo.

Al **Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Gendarmería de Chile** se insta a asignar recursos en el mediano plazo para fortalecer la dotación de médicos especialistas para la atención de las personas privadas de libertad. Esta medida será necesaria mientras se trabaja hacia establecer mecanismos para integrar la salud penitenciaria a las formas de financiamiento de la salud que dependen de FONASA.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a incorporar en el examen médico inicial una evaluación del estado de salud mental de las personas privadas de libertad, que incluya la indagación de riesgo suicida y se tomen acciones inmediatas en los casos de riesgo moderado y alto, considerando la persistencia del suicidio entre

las principales causas de muerte entre personas privadas de libertad.

Se llama al **Ministerio de Salud a través de las SEREMI de Salud** a incluir en el mediano plazo a las personas privadas de libertad como un grupo de especial vulnerabilidad en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio y a cooperar en la formación del personal de salud en este tema, con el fin de reforzar la prevención en cada unidad de salud penitenciaria.

Se insta a **Gendarmería de Chile** en el corto plazo a proveer de manera verbal y escrita y localizar de manera visible información sobre los derechos y deberes de las/os pacientes en todos los servicios que componen el Hospital Penitenciario y en las unidades de salud de los establecimientos penitenciarios.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a tomar medidas en el corto plazo para mejorar la seguridad personal de las/os funcionarias/os del Hospital Penitenciario en el desempeño de sus labores cotidianas.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a incorporar en el corto plazo un plan de cuidado de la salud mental y manejo del estrés y situaciones críticas para las/os trabajadoras de la salud en la planificación anual del Hospital Penitenciario.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a implementar en el mediano plazo programas de actividades para las/os pacientes de larga estadía en el hospital que estén en condiciones de participar de estos.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a diseñar e implementar en el mediano plazo un plan anual de capacitación, que incluya aspectos clínicos y de atención de salud con enfoque de derechos humanos (incluyendo especialización en grupos de especial protección tales como personas con necesidades especiales, mujeres, personas LGBTIQ+, personas mayores, pueblos originarios).

Se insta a **Gendarmería de Chile** a mejorar en el mediano plazo la calidad de los registros médicos y trabajar hacia la digitalización de la información según estándares establecidos por la autoridad sanitaria para su resguardo y confidencialidad, con el fin de contar con los antecedentes necesarios para una atención de salud oportuna y adecuada a las condiciones de salud de las personas privadas de libertad.

Se insta a **Gendarmería de Chile** y autoridades del **Hospital Penitenciario** a que en el corto plazo se solicite consentimiento informado sobre diagnósticos y tratamientos ofrecidos a las/os pacientes, debiendo registrar en las fichas clínicas individuales todas estas acciones.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a trabajar en el mediano plazo la evaluación del nivel de vulnerabilidad del hospital ante emergencias y desastres que incluya medidas prioritarias orientadas a aumentar la seguridad del recinto y establecer planes claros de actuación en casos de emergencia, asegurando que estos planes sean conocidos por todas/os las/os funcionarias/os y pacientes.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a evaluar en el mediano plazo el estado de las dependencias del Hospital Penitenciario en relación con el acceso universal a los distintos espacios, con el fin de trabajar para lograr que el recinto cuente con dependencias adecuadas para casos de pacientes con movilidad reducida.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a evaluar en el corto plazo las necesidades de mantención de la infraestructura del hospital, priorizando las necesidades de mejoras según aspectos de seguridad, condiciones de trabajo de las/os funcionarias/os de la salud y estado de las dependencias para recibir a las personas de manera adecuada.

Se insta a **Gendarmería de Chile**, a implementar en el corto plazo las medidas necesarias para asegurar una buena coordinación entre la farmacia del Hospital Penitenciario y de las unidades penales, a fin de que los tratamientos farmacológicos indicados en el Hospital Penitenciario puedan mantenerse de forma continuada en las unidades penales.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a ampliar el horario de laboratorio y radiología del Hospital Penitenciario, para aumentar la capacidad resolutive durante la noche.

Se insta a las autoridades del **Hospital Penitenciario** a implementar en el corto plazo medidas que permitan mantener en buen estado de higiene todas las dependencias del Hospital.

Se recomienda a las autoridades del **Hospital Penitenciario** mejorar en el mediano plazo las condiciones de habitabilidad y aumentar la cantidad de camas de hospitalización de la sección femenina de manera permanente.

Se recomienda a las autoridades del **Hospital Penitenciario** diseñar e implementar en el mediano plazo un sistema de denuncias, solicitudes y quejas para las/los pacientes, resguardando su anonimato y protegiéndolas/os frente a posibles represalias.

Se insta a **Gendarmería de Chile** a fortalecer el contacto de las/los pacientes con el mundo exterior, a través de un sistema de visitas y llamadas telefónicas gratuitas y/o videollamadas.

## VII. Seguimiento

### A. Comunicación vía Oficios

Unas semanas tras la visita, mediante Oficio Reservado<sup>41</sup> dirigido al Sr. Director Nacional de Gendarmería de Chile, se comunicó una síntesis de hallazgos y recomendaciones preliminares de la visita y se solicitó información sobre la gestión de casos críticos de salud que el equipo recogió durante la visita. Asimismo, se solicitó información adicional que no había sido posible obtener previamente o durante el recorrido por el hospital. En relación a los hallazgos iniciales del CPT comunicados en dicho oficio, se expusieron los problemas de infraestructura, dotación de personal de salud, condiciones laborales y seguridad para realizar el trabajo, temas que se trataron con mayor detalle en el presente informe. Se destacó también en aquella oportunidad la disposición y compromiso que se percibe entre el personal de salud y las menciones al buen trato que reciben las/os pacientes, a pesar de las dificultades mencionadas.

### B. Mesas de trabajo

Al momento de redacción de este informe, se ha realizado una reunión de discusión de los hallazgos preliminares con el Director del Departamento de Salud y su equipo gestor, quienes respondieron prontamente sobre soluciones concretas en los casos críticos que el CPT conoció en la visita. Al respecto, se destaca que una paciente dependiente de oxígeno ahora cuenta con un equipo transportador para su cilindro de oxígeno, que los pacientes aislados por tuberculosis tuvieron acceso a comunicarse con sus familias y hoy están de alta, y que se realizaron gestiones para lograr que un paciente en espera de cirugía sea intervenido en un hospital externo.

Un aspecto a mejorar refiere a la prontitud de respuesta ante los requerimientos de información realizados por el CPT. Esta información fue requerida por su relevancia para la realización de este informe.

Actualmente, las autoridades del Departamento de Salud de Gendarmería se encuentran realizando un trabajo de articulación con el Ministerio de Salud gracias a las gestiones realizadas por el CPT. Entre los

---

<sup>41</sup> Oficio N° 0116/2022 enviado el 19/08/2022, respondido vía Oficio N° 1850/22 04/11/22.

avances relacionados con este punto, se destacan las conversaciones orientadas a la obtención de autorización sanitaria para el Hospital Penitenciario. Relacionado con lo anterior, también se valora positivamente que las autoridades del Departamento de Salud de Gendarmería estén levantando los antecedentes necesarios para avanzar hacia la acreditación<sup>42</sup> del hospital ante las autoridades sanitarias.

La metodología de trabajo establecida por el CPT implica que el avance de las recomendaciones realizadas en este informe será trabajado en conjunto y monitoreado en el corto y mediano plazo. Para esto, se realiza el envío de este informe vía oficio a las autoridades pertinentes (tanto de Gendarmería de Chile como de ministerios y servicios implicados), a las que se les solicita respuesta para la creación de un plan de trabajo que se encamine hacia la implementación de las recomendaciones realizadas.

## VIII. Referencias Bibliográficas

- Aguilera, Ximena (2016) Tuberculosis en personas privadas de libertad: el efecto reservorio de las prisiones para la tuberculosis en Chile. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad de Chile.
- Alcaíno, Eduardo (2019). Las personas privadas de libertad y el acceso a prestaciones de salud en las cárceles chilenas. En: Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, 2019. <https://derechoshumanos.udp.cl/informe-anual/informe-anual-sobre-derechos-humanos-en-chile-2019-2/>
- Comité Internacional de la Cruz Roja (2016). Asistencia de salud en lugares de detención. Guía práctica.
- Cabrera, M. y Villalobos, F. (31 de enero de 2022). "He estado toda la semana enferma": los audios que envió interna de Cárcel San Miguel antes de morir". *Bío Bío Chile*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2022/01/31/he-estado-toda-la-semana-enferma-los-audios-que-envio-interna-de-carcel-san-miguel-antes-de-morir.shtml>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008). Principios y Buenas Prácticas Sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Resolución 01/08, 131º Período Ordinario de Sesiones del 3 al 14 de marzo de 2008. Washington, D.C.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004 a). Caso "Instituto de Reeducción del Menor" Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 02 de septiembre de 2004. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004 b). Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 07 de septiembre de 2004. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2010). Caso Vélez Loo Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2013). Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2016 a). Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2016 b). Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. San José, Costa Rica.

---

<sup>42</sup> "La Acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria -hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios- para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud" ver Superintendencia de Salud (s/f) [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6060.html#recuadros\\_articulo\\_4933\\_0](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6060.html#recuadros_articulo_4933_0)

- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2019 a). Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2019 b). Caso López y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2019. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2021). Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 01 de octubre de 2021. San José, Costa Rica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2022). Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022. San José, Costa Rica.
- Corte Suprema acoge recurso de amparo y ordena presencia permanente de médico en centro penitenciario femenino.* (9 de marzo de 2022). Diario Constitucional. <https://www.diarioconstitucional.cl/2022/03/09/corte-suprema-acoge-recurso-de-amparo-y-ordena-presencia-permanente-de-medico-en-centro-penitenciario-femenino/>
- Couso, J.A. (2007). The Limits of Law for Emancipation (in the South). Griffith Law Review, 16, 330 - 352.
- Duarte F. y Rivera V. (5 de octubre de 2017). Brote de paperas en penal Santiago 1 deja 27 contagiados. *La Tercera*.  
<https://www.latercera.com/noticia/brote-paperas-penal-santiago-1-deja-27-contagiados/>
- EUROsociAL+ (2018) Modelo de gestión de la salud penitenciaria en Chile.
- Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016 Sep;3(9):871-81. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27426440; PMCID: PMC5008459.
- Fundación Paz Ciudadana y BID (2013). Evaluación del sistema concesionado versus el sistema tradicional en la reducción de la reincidencia delictual.  
<https://pazciudadana.cl/download/6720/?tmstv=1671196173>
- Fundación Savia (2012). Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile.  
<https://fundacionsavia.cl/wp-content/uploads/2021/04/Obs.Prevencion.2011.pdf>
- Gendarmería de Chile. Of. Ord 1850/2022, del 4 de noviembre de 2022.
- Gendarmería de Chile. Of. Ord. 2153/2022, del 26 de diciembre de 2022.
- Gendarmería de Chile (s/f) Manual de Derechos Humanos de la función penitenciaria.  
[https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/ddhh/Archivos\\_Adicionales/MANUAL\\_DDHH\\_GENC\\_HI\\_FINAL.pdf](https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/ddhh/Archivos_Adicionales/MANUAL_DDHH_GENC_HI_FINAL.pdf)
- Gendarmería de Chile. Resolución exenta N° 005248 del 28 de diciembre de 2007. Aprueba manual de funcionamiento y procedimientos de las enfermerías de los recintos penales.
- Gendarmería de Chile. Resolución Exenta N° 3.925 de 29 de julio de 2020. Aprueba disposiciones sobre aplicación de reglamentación penitenciaria en consideración a la normativa vigente, nacional e internacional referidas a la pertinencia cultural y religiosa.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (2018). Estudio de las condiciones carcelarias en Chile 2018. Santiago de Chile. <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/1704/informe-general-2018.pdf?sequence=41&isAllowed=y>
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (2021). Estudio de las condiciones carcelarias en Chile 2019. Santiago de Chile. <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/1727/Estudio-condiciones-carcelarias-2019.pdf?sequence=49&isAllowed=y>

- Kumar, R., & Pal, R. (2018). India achieves WHO recommended doctor population ratio: A call for paradigm shift in public health discourse. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(5), 841. <https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe.218.18>
- McLeod Katherine E., et al (2020). Global Prison Health Care Governance and Health Equity: A Critical Lack of Evidence. *American Journal of Public Health* Mar;110(3):303-308. doi: 10.2105/AJPH.2019.305465. Epub 2020 Jan 16. PMID: 31944844; PMCID: PMC7002953.
- Ministerio de Justicia Decreto Ley 2859 Fija Ley Orgánica de Gendarmería de Chile. Fecha Publicación: 15-SEP-1979 | Fecha Promulgación: 12-SEP-1979 Tipo Versión: Última Versión De: 04-OCT-2021 Última Modificación: 04-OCT-2021 Ley 21378. <http://bcn.cl/2ruo8>
- Ministerio de Justicia Decreto 1600 Dispone Creación y Estructura de Unidades Médicas que Indica. Fecha Publicación: 06-ABR-1992 | Fecha Promulgación: 26-Dic-1991. <http://bcn.cl/2lq2u>
- Ministerio de Salud (2017). Procedimiento para la Autorización Sanitaria de Establecimientos Salud y otros Afines
- Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información de Salud (2016). Norma técnica 820. Estándares de Información en Salud.
- Ministerio de Salud (2017). “Tuberculosis” Informe de Situación Chile: 2016. [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2017/07/2017.07.04\\_Informe-Tuberculosis.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/2017.07.04_Informe-Tuberculosis.pdf)
- Ministerio de Salud- Subsecretaría de Salud Pública (2017). Procedimiento para la Autorización Sanitaria de Establecimientos Salud y otros Afines. [https://seremi6.redsalud.gob.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2018/08/12\\_Procedimiento-para-la-Autorizacio%CC%81n-Sanitaria-de-Establecimientos-Salud-y-otros-Afines.pdf](https://seremi6.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/08/12_Procedimiento-para-la-Autorizacio%CC%81n-Sanitaria-de-Establecimientos-Salud-y-otros-Afines.pdf)
- Ministerio de Salud (2022). Informe de Mortalidad Por Suicidio En Chile: 2010-2019. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- Mundt, A., Alvarado Muñoz, R., Poblete, C., Fritsch Montero, R., Villagra, C., Kastner, S. y Priebe, S. (2013). Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/124276>
- Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social (1955). Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Aprobadas en las resoluciones XXIV de 31 de julio de 1957 y LXII de 13 de mayo de 1977, ambas del Consejo Económico y Social.
- Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (1990). Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. Adoptados y proclamados por la Asamblea General en su resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990.
- Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General N° 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4.
- Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (2002). Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/OPCAT\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/OPCAT_SP.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (2015). Actualización de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Resolución aprobada por la Asamblea General, 17 de diciembre de 2015. A/RES/70/175.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Declaration on Prison Health as part of Public Health. Moscú, Rusia. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98971/E94242.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra, Suiza. WHO/MNH/MBD/00.7. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75425/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.7\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75425/WHO_MNH_MBD_00.7_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Organización Mundial de la Salud (2009). Informe de la Secretaría de la Comisión sobre Determinante Sociales de la Salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud 16 de marzo de 2009. Disponible en [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prisons and Health. Copenhagen, Dinamarca. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/9789289050593-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Osses-Paredes, C., & Riquelme-Pereira, N. (2013). Situación de salud de reclusos de un centro de cumplimiento penitenciario, Chile. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 98-104. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202013000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000300003&lng=es&tlng=es)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Ratificado por el Estado de Chile en 1972.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) (1988). Ratificado por el Estado de Chile en 2022.
- Sanhueza GE, Candia J. (2019). Acceso a la atención sanitaria en cárceles chilenas: una mirada desde los internos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 21:5-11.
- Stippel, J., Vergara, L. y Medina, P. (2021). El estado patológico del sistema de salud penitenciario en Chile. *Estudios de Derecho*, 78 (171), 388-416 Doi:10.17533/udea.esde.v78n171a15
- Superintendencia de Salud (s/f). Acreditación. <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6060.html#acordeonTramites>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria (2013). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
- UNODC, Global Study on Homicide 2019 (Vienna, 2019). <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>
- Vaccaro, C. (29 de noviembre de 2017). Brote de paperas afecta a más de un centenar de reos en cárceles de Santiago y Valparaíso. *Bío Bío Chile*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2017/11/29/brote-de-paperas-afecta-a-mas-de-un-centenar-de-reos-en-carceles-de-santiago-y-valparaiso.shtml>