

## Derecho a salud: el acceso a servicios de salud de la población privada de libertad

El *derecho a la salud* es parte fundamental de los derechos humanos<sup>50</sup>, definido desde la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946 como *el goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr*. De igual modo, se ha establecido en sucesivos tratados y convenciones, tanto internacionales como regionales, que los Estados deben tomar medidas para garantizar que todas/os tengan acceso a servicios de salud adecuados<sup>51</sup>. A nivel nacional, el derecho a la protección de la salud en Chile queda estipulado en el Artículo 19 N°9, de la Constitución; en consecuencia, el acceso a la salud es un derecho de las personas residentes en el territorio nacional, sin discriminación alguna. Desde una perspectiva de derechos humanos, el derecho a la salud comprende el acceso igualitario a prestaciones de salud. Dicho esto, cabe recordar que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar este derecho a todas las personas, independiente de su condición, y, por ende,

las personas privadas de libertad, ya sea bajo cuidado o custodia del Estado, son sujetos de derechos y titulares del derecho a la salud<sup>52</sup>.

Por otra parte, el enfoque de determinantes sociales en salud considera la jerarquización social y sus efectos en el nivel de salud a través de la noción de gradiente social, donde se observa que “los individuos con mayor desventaja (que se encuentran en la base de la jerarquía social), presentan peores indicadores de salud, si se les compara con los del medio. Y estos, a su vez, presentan

50 Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), entre otros.

51 Asimismo, el derecho a la salud para grupos más específicos se encuentra estipulado en diversos instrumentos internacionales, por ejemplo: los Derechos del Niño de la Convención de Naciones Unidas en el Artículo 24, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su Artículo 12, la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en el Artículo 25, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en los Artículos 11 y 12, o la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en su Artículo 5.

52 El ejercicio del derecho a la salud en privación de libertad ha sido destacado por el sistema internacional de protección de los derechos humanos: se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud en la Observación N°14 del Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (Comité DESC); las Reglas mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos (conocidas como “Reglas Nelson Mandela”) estipulan obligaciones de prestaciones de salud para las personas privadas de libertad entre sus artículos 22 y 26; se busca garantizar, entre otros, que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, a fin que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad, en la resolución 1 de los Principios y Buenas prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Como lo plantea el informe del 2019 del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales: “En ese sentido, el Estado deberá organizarse de manera de poder cumplir con dichas obligaciones, por tanto, el incumplimiento de lo anterior, no sólo le podría generar responsabilidad internacional en consideración a los tratados internacionales que ha suscrito, sino que también, en su caso, responsabilidad penal y civil a los agentes del Estado que hayan intervenido o dejado de intervenir y, producto de ello, se haya producido un resultado lesivo.” Universidad Diego Portales (2019). Informe anual sobre derechos humanos, Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, p.453.

peores indicadores que aquellos que se encuentran en la cima de la jerarquía social” (Barboza Solís et.al., 2020). Así, las personas privadas de libertad constituyen en sí un grupo en situación de vulnerabilidad, al enfrentar una mayor exposición a la precariedad, a dificultades para la inserción social y laboral, a mayor riesgo de violencia, y, en términos sanitarios, a un limitado acceso a atención de salud y a mayor prevalencia de patologías de salud mental, entre otros<sup>53</sup>. De igual modo, cabe señalar que las inequidades (Fazel & Danesh, 2022; Mallik-Kane & Visser, 2008; UNOSC, 2013; Rivera, 2020; Rubenstein, 2016; sociales en salud afectan a toda la población, con mayor intensidad a medida que disminuye la posición socioeconómica. En síntesis, el gradiente social en salud es el resultado de la desigualdad de recursos, de ingresos y de poder en toda la sociedad, incluyendo el mismo sistema de salud y las mismas políticas públicas que pueden contribuir a agravarlas (Barboza-Solís et.al., 2020).

La situación sanitaria de la población privada de libertad también se relaciona con la invisibilización, en tanto grupo, y con la inadvertencia de sus necesidades específicas, lo que induce sesgos en la elaboración y la formulación de las políticas públicas de salud, ideadas desde una institucionalidad que opera de forma fragmentada y segmentada (OPS, 2010)<sup>54</sup>. En efecto, cada institución tiene misiones asignadas y tiende a velar exclusivamente por sus funciones y atribuciones, imposibilitando una mirada y un alcance transversal. Además, es importante considerar que esta situación no sólo afecta las personas bajo cuidado y custodia del Estado, sino que representa una encrucijada social respecto del control de los problemas sanitarios, puesto que, desde una perspectiva de salud pública, uno de los objetivos centrales es alcanzar una salud integral y de calidad global, vale decir, a nivel país. De igual modo, en el caso de las personas bajo custodia del Estado, un manejo sanitario adecuado representa un interés público. La experiencia comparada indica que el acceso a atención de salud física y mental es uno de los factores de poderosa incidencia en la reintegración a la comunidad (además de la situación de vivienda, la integración en el mundo laboral, el apoyo familiar, la restitución de derechos civiles, entre otros) (Villagra, 2008), por lo que representa uno de los elementos para la reducción de reincidencia delictiva (Wang et.al, 2019) -y, por lo tanto, contribuye al bienestar colectivo-. Asimismo, y como aspecto central en la prevención de la vulneración de derechos humanos, las falencias y obstáculos al acceso a la atención de salud puede conllevar la deshumanización de las personas privadas de libertad, revelándose como un factor de riesgo ante malos tratos; en cambio el cuidado de la salud participa en el resguardo de su dignidad y respeto.

El derecho a la salud comprende tanto salud física como salud mental, así como el acceso a prestaciones de salud, a recibir diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno-

53 Existe una amplia literatura al respecto, sólo por mencionar algunos textos, podemos citar: FAZEL, S., & DANESH, J. (2002). "Serious Mental Disorder in 23 000 prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys". *The Lancet*, 359(9306), 545-550; MALLIK-KANE, K., & VISCHER, C. A. (2008). *Health and Prisoner Reentry: How Physical, Mental, and Substance Abuse Conditions Shape the Process of Reintegration*. Urban Institute Justice Policy Center, 68 p.; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013). *Guía de introducción a la prevención de la reincidencia y la reintegración social de delinquentes*, 165 p.; RIVERA BEIRAS, I. (2020). *Pandemia. Derechos humanos, sistema penal y control social*. Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 391 p.; RUBENSTEIN, L. S., & AMON, J. J. (2016). "Mortality in Correctional Institutions: Unrecognized and Unappreciated Public Health Epidemic". *American Journal of Public Health*, 106(6), 994-995; WOLFF, N., & SHI, J. (2009). "Childhood and Adult Victimization Among Incarcerated Persons: Implications for Health and Psychiatric Well-being". *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(3), 303-323. A nivel nacional, entre otros: Instituto Nacional de Derechos Humanos (2013). *Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos*, Santiago de Chile, 197 p.; Instituto Nacional de Derechos Humanos (2018). *Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos*, Santiago de Chile, 321 p.; Leasur ONG (2021). *Estado de situación de la salud penitenciaria: Chile y el mundo*, Departamento de Investigación y Formación Leasur ONG, Santiago de Chile, 83 p.; Universidad Diego Portales (2019), *Ibid.*

54 La segmentación se refiere a una división sin coordinación de los subsistemas de salud desde un punto de vista del financiamiento, gestión y operación de sus servicios. Por su parte, la fragmentación es la división sin coordinación de funciones (colección de ganancias) o de agentes (proveedores de un sistema de salud). Por lo tanto, la fragmentación puede entenderse como la atención no articulada entre varias unidades operativas, servicios o establecimientos, que pertenecen a un mismo sistema de salud.

*La situación sanitaria de la población privada de libertad también se relaciona con la invisibilización, en tanto grupo, y con la inadvertencia de sus necesidades específicas, lo que induce sesgos en la elaboración y la formulación de las políticas públicas de salud, ideadas desde una institucionalidad que opera de forma fragmentada y segmentada.*

no, y, por supuesto, el recibir un trato digno. El acceso a los servicios de salud, sus elementos de oportunidad y de calidad, constituyen una piedra angular de las políticas públicas de salud -siendo uno de los aspectos monitoreados por el CPT. El estándar a alcanzar es que las personas privadas de libertad tengan un acceso a la salud equivalente al de la población general, es decir, a las personas que no están privadas de libertad.

A principios del siglo XX y buscando una estrategia que busca dar respuesta a los desafíos persistentes que enfrentan los sistemas de salud, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantearon lineamientos y campos de acción a través de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) (Muñoz et al., 2000). Estas cobran especial importancia para garantizar el ejercicio del derecho a la salud y fortalecer estos sistemas de salud para responder a las necesidades de la población.

En su versión renovada del 2020, las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) de la Organización panamericana de la salud<sup>55</sup> proponen cuatro pilares centrales como fundamentos para elaborar políticas públicas en

salud<sup>55</sup>. En vista y consideración de las problemáticas visualizadas, el presente análisis pone el foco en su tercer pilar, que apunta a la garantía del acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos.

El presente artículo tiene por objeto arrojar luz sobre algunos nudos críticos respecto al acceso a prestaciones de salud y al sistema de salud de las personas en diferentes recintos de privación de libertad visitados por el CPT. En función de esto, se presentan ciertas problemáticas consideradas recurrentes y de especial preocupación<sup>56</sup>.

El texto no pretende ofrecer un exhaustivo análisis epidemiológico ni del marco de jurisprudencia administrativa y legal relacionado con esta temática, sino que representa un primer acercamiento a las principales problemáticas relacionadas con el acceso a la atención sanitaria y a las prestaciones recibidas por las personas bajo cuidado o custodia del Estado en Chile.

55 Estos cuatro pilares son respectivamente: 1) Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas; 2) Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones; 3) Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos, y ; 4) Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.

56 Las consideraciones expuestas a continuación refieren mayoritariamente al trabajo realizado por el CPT durante los años 2021, 2022 y 2023 y los recintos visitados a la fecha. Consultar: Comité para la Prevención de la Tortura Chile (2021). I informe anual, Santiago de Chile, 223 p.; y Comité para la Prevención de la Tortura Chile (2022). II informe anual, Santiago de Chile, 270 p.

## Nota metodológica

Bajo una metodología cualitativa, los resultados presentados a continuación se basan en fuentes primarias y secundarias: por una parte, la revisión documental de los materiales y hallazgos de las visitas de monitoreo del CPT, levantados mediante diferentes herramientas e instrumentos metodológicos<sup>57</sup> y, por otra parte, la revisión documental de literatura científica y de informes de derechos humanos y salud de personas privadas de libertad, bajo cuidado o custodia del Estado.

Se entenderá de manera amplia como *personas privadas de libertad, bajo cuidado o custodia del Estado*, a aquellas personas que han sido separadas de su entorno habitual, y que se encuentran internadas en un recinto cuya responsabilidad recae en manos del Estado<sup>58</sup>: establecimientos de institucionalización de niñas, niños y adolescentes

(NNA) por vulneración de derechos o por medida de justicia juvenil, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), establecimientos hospitalarios de atención cerrada de salud, centros residenciales<sup>59</sup> donde residan personas con diagnóstico de salud mental y/o discapacidad, unidades policiales donde se realizan detenciones, recintos penitenciarios custodiando a imputadas/os y/o condenadas/os, entre otros<sup>60</sup>.

Aunado a esto, la distinción entre personas bajo cuidado o bajo custodia del Estado remite por una parte a *aquellas bajo cuidado del Estado*, internadas a fin de recibir una prestación de cuidado como tal, y, por otra parte, a *aquellas bajo custodia de éste*, quienes se encuentran bajo vigilancia por una sanción o medida coercitiva. El trabajo del CPT se ha focalizado en los centros regidos por el Estado, ya sea directamente, por convenio o por licitación, donde se monitorea, entre otras, la dimensión de salud.

57 Estos son: 1) Revisión documental de las normativas internacionales y nacionales sobre los derechos de las personas privadas de libertad, bajo cuidado y custodia del Estado; 2) Revisión documental de los protocolos y normativas técnicas, nacionales e internacionales, existentes en materias relacionadas con el cuidado y la custodia del Estado; 3) Recopilación de informaciones específicas, antecedentes y datos de los centros visitados; 4) Entrevistas semiestructuradas individuales a personas privadas de libertad, bajo cuidado y custodia del Estado; 5) Entrevistas semiestructuradas individuales a personal y/o funcionarias/os (personal de trato directo, profesionales, dirección); 6) Conversaciones informales individuales y grupales con personas privadas de libertad, bajo cuidado y custodia del Estado, con personal y/o funcionarias/os; 7) Observaciones de campo de los espacios y de las dinámicas de los recintos; 8) Revisión documental de registros y documentos varios de los propios centros visitados; 9) Revisión de documentos institucionales relativos a los recintos visitados; 10) Revisión de datos institucionales (solicitudes mediante oficios, encuestas y formularios dirigidos y completados por dirección de los recintos visitados, solicitudes y reuniones con diferentes instituciones y servicios, entre otros); 11) Recomendaciones elaboradas por el CPT.

58 En ese sentido, se retoma la amplia definición ofrecida por la Cruz Roja. Ver: Comité Internacional de la Cruz Roja (2016). Protección de las personas privadas de libertad, Ginebra, p.2. En el mismo orden de ideas, la ley 21.154, que crea el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura en Chile, estipula que se entiende como privación de libertad cualquier forma de arresto, detención, prisión preventiva, cumplimiento de penas privativas de libertad, custodia o cualquier otra medida que impida el libre desplazamiento físico de una persona, ya sea por orden de una autoridad o con su consentimiento expreso o tácito, en una institución pública o privada. Asimismo, se define a los lugares de privación de libertad como todo lugar, inmueble o mueble, incluidos los medios de transporte, administrados o dirigidos por el Estado o por particulares que cumplan una función pública, en que se encuentren o pudieren encontrarse personas privadas de libertad, sea por orden de autoridad pública o a instigación suya o con su consentimiento expreso o tácito, como resultado de una orden de arresto, detención, en tránsito, prisión preventiva, cumplimiento de penas privativas de libertad, internación voluntaria o forzosa, sea administrativa o judicial, como medida de protección, custodia o cualquier otra medida que impida su libre desplazamiento físico o que no se le permita abandonar libremente.

59 Ambos recintos constituyen iniciativas habitacionales de residencia permanente para personas con diagnóstico de salud mental que nacen a través del programa "Residencias y Hogares Protegidos" del Ministerio de Salud (MINSAL) en 1998, y cuyo objetivo es desinstitutionalizar a las personas con diagnóstico de salud mental residiendo en unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos. Los hogares protegidos son definidos por la norma técnica N°53 del 2000 como "una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias" (MINSAL, 2000, p.11); y las residencias protegidas por la norma técnica N°87 del 2006 se establecen como "una instancia residencial para personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente muestran un alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería. En este sentido se diferencia de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial" (MINSAL, 2006, p.7).

60 Dentro de estos centros, según los datos recopilados por el CPT, podemos encontrar a nivel nacional, entre otros: a) NNA: administradas por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (conocido como "Mejor Niñez"), existen 238 residencias de protección, 18 Centros de Internación Provisoria (CIP) y 17 Centros de Régimen Cerrado (CRC) al 31 de julio del presente; b) Personas mayores: 20 ELEAM del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y 12 ELEAM administrados por la Corporación Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) por convenio con el Estado al 2023; c) Salud mental: el catastro del CPT del 2021 da cuenta de 321 dispositivos de apoyo clínico y residencial y 82 establecimientos de atención psiquiátrica cerrada; d) Función policial: 981 unidades de detención de Carabineros y 82 cuarteles de Policía De Investigaciones (PDI) al 2019; y, e) Penitenciario: 83 recintos penitenciarios públicos y 8 cárceles concesionadas por licitación al 2023.

## 1. Nudos críticos para el acceso a salud de las personas bajo custodia y/o cuidado del Estado

En los establecimientos para personas bajo cuidado y/o custodia del Estado, las prestaciones de salud pueden dividirse entre aquellas brindadas en unidades de salud internas y las derivaciones efectuadas a la Red Asistencial de Salud en el exterior del recinto de cuidado o custodia. Por lo tanto, la atención de salud a las que pueden acceder estas personas depende de la existencia y de la calidad de unidades de salud disponibles en los centros donde se encuentran, del acceso a la red de atención de salud, tanto Atención Primaria de Salud (APS)<sup>61</sup>, como Secundaria y Terciaria<sup>62</sup>, y/o de recursos personales o institucionales cuando, por falta de oferta pública oportuna, se acude a atención privada de salud. El acceso a la red pública de atención de salud obedece en gran medida a las relaciones de colaboración y coordinación mutua que establecen los recintos de custodia/cuidado con los centros de salud locales de dicha red -respondiendo o no a una política integrada, de acuerdo con los grupos poblacionales y sus instituciones a cargo-.

Los hallazgos recopilados por el CPT en el monitoreo durante sus tres años de existencia, evidencian que niñas/as, adolescentes, adultas/os y personas mayores bajo cuidado y/o custodia del Estado sufren limitaciones para acceder a prestaciones de salud, aunque existen matices y obstáculos diferenciados según el tipo de recinto donde se encuentran y las condiciones particulares del cuidado o la custodia.

### 1.1 Personas bajo cuidado del Estado: NNA bajo protección, personas mayores en ELEAM y personas con diagnósticos de salud mental en centros de atención cerrada y/o residencial

La mayoría de los recintos donde residen NNA, personas mayores y personas con diagnóstico de salud mental bajo protección o cuidado disponen de unidades internas de salud, con excepción de los Hogares Protegidos, Residencias Protegidas y Centros Terapéuticos, cuyas normativas no las exigen. Éstas atienden procedimientos de salud general de baja complejidad y realizan algunos procedimientos básicos, por ejemplo, curaciones simples o administración de medicamentos. La dotación de personal y las medidas de fiscalización varían según las normativas de cada tipo de establecimiento. A su vez, los tratamientos farmacológicos cubiertos por la red de salud pública suelen ser suministrados por ésta.

De modo general, se observa que suele establecerse una buena coordinación entre los centros de atención primaria de salud y estos recintos -a pesar de excepciones locales-. No obstante, algunos nudos críticos subsisten en general, como los largos tiempos de espera en las derivaciones a servicios de urgencias y prestaciones de especialidad.

En las residencias donde viven NNA por protección, el Programa "Atención en salud integral para niñas/os, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente", conocido como Programa de Reforzamiento de atención Primaria de Salud (PRAPS), ha permitido una coordinación real con los Centros de Salud Familiar (CESFAM). En la práctica, coordinadoras/es de residencias y de CESFAM gestionan tanto horas con profesionales de salud como exámenes (incluso determinadas tomas de muestras de exámenes de laboratorio se realizan en algunas residencias). Sin embargo, persisten algunas tardanzas en la firma de convenios, lo cual ocasiona discontinuidad de dicho programa en ciertos municipios. Con respecto a los tratamientos farmacológicos, se observa que el abastecimiento de la red de salud no siempre es suficiente para cubrir la cantidad requerida y/o persiste cierta demora en su entrega; algunos medicamentos no son proporcionados (ni por CESFAM, ni por hospital), siendo adquiridos con

61 La Atención Primaria en Chile reside en el primer nivel de atención de salud a la que accede la población en el sistema de salud pública. Ejemplos de establecimientos de salud primaria son los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), los Consultorios de Salud Mental (COSAM), las Postas de Salud Rurales (PSR), los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), entre otros. Excepto los servicios primarios de urgencia, la cobertura formal de APS considera sólo a aquella población beneficiaria de FONASA que se inscribe en centros de APS. Ver más detalles: Serie Minutas No 34-22 (22/06/2022), "Estado de la atención Primaria de Salud en Chile", Santiago de Chile, 10 p.

62 La Atención Secundaria en Chile consiste en una atención ambulatoria derivada desde el nivel primario o Unidades de Emergencia, tras determinar la necesidad de una atención de mayor complejidad o especialidad.