



Comité para  
la Prevención  
de la Tortura

Informe

# Privación de la libertad en régimen de hospitalización prolongada

*Análisis de caso: persona mayor recluida en el Hospital Penitenciario.*

*Diciembre 2024*

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

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

#### **Experta/os**

Javiera Canessa Cordero, Yamileth Granizo  
Román, Francisco Maffioletti Celedón, Luis Vial  
Recabarren.

#### **Secretario Ejecutivo (S)**

Nicolás Anglas Gallardo.

#### **Comisión de Visita**

Y. Marcela García, Yamileth Granizo Román,  
Gonzalo Horstmeier Garote, Estrella San Martín  
Toloza, Steffi Schramm López, Luis Vial  
Recabarren.

#### **Equipo de investigación, análisis y redacción**

Ana Figueroa Salazar, Y. Marcela García,  
Yamileth Granizo Román, Gonzalo Horstmeier  
Garote, Estrella San Martín Toloza, Steffi  
Schramm López.

#### **Edición final**

Steffi Schramm López, Estrella San Martín  
Toloza, Luis Vial Recabarren, Yamileth Granizo  
Román.

Santiago de Chile. Diciembre de 2024.

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), "*Privación de  
libertad en régimen de hospitalización  
prolongada*", Santiago (2024)

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÍNDICE</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>Presentación del Comité para la Prevención de la Tortura</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>Introducción</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>Antecedentes</b> .....   | <b>7</b>  |
| Marco normativo y estándares internacionales de derechos humanos .....  | 7         |
| 1. Privación de libertad, posición de garante del Estado y prohibición de la tortura y otros<br>tratos crueles, inhumanos o degradantes. ....         | 8         |
| 2. Estándares sobre personas mayores, personas con discapacidad y enfoque diferenciado<br>en el contexto de privación de libertad. ....               | 9         |
| a) La necesidad de adoptar medidas especiales para hacer efectivos los derechos de<br>las personas mayores privadas de libertad. ....                 | 12        |
| b) La procedencia de medidas sustitutivas o alternativas a la ejecución de las penas<br>privativas de libertad en favor de las personas mayores. .... | 12        |
| c) Accesibilidad y movilidad de las personas mayores privadas de libertad. ....   | 13        |
| d) El derecho a la salud de las personas mayores privadas de libertad .....   | 14        |
| Marco jurídico nacional sobre el derecho a la vida, integridad física y psíquica y privación de<br>libertad de mujeres mayores. ....                  | 16        |
| Determinantes de salud y privación de libertad .....  | 19        |
| <b>Metodología y objetivos del informe</b> .....  | <b>21</b> |
| <b>Antecedentes del caso</b> .....  | <b>22</b> |
| 1. Situación general de privación de libertad. ....   | 22        |
| 2. Situación de salud física observadas .....   | 22        |
| 3. Afectaciones de salud mental observadas en el caso .....   | 27        |
| 4. Régimen de privación de la libertad y hospitalización .....  | 28        |
| a) Condiciones de habitabilidad .....   | 29        |
| b) Régimen y actividades .....  | 31        |
| c) Contacto con el mundo exterior .....   | 33        |
| a) Acceso a la justicia .....   | 33        |
| <b>Conclusiones</b> .....   | <b>34</b> |
| 1. Las condiciones de privación de libertad y la aplicación de un trato o pena cruel, inhumana y<br>degradante. ....                                  | 34        |
| 2. Política criminal, encarcelamiento femenino y medidas alternativas a la prisión .....  | 35        |
| <b>Recomendaciones</b> .....  | <b>38</b> |
| Ministerio de Justicia y Derechos Humanos .....   | 38        |
| Al poder judicial .....   | 38        |
| Dirección Nacional de Gendarmería de Chile .....  | 38        |
| <b>Referencias</b> .....  | <b>40</b> |

## Presentación del Comité para la Prevención de la Tortura

El Comité para la Prevención de la Tortura es un órgano de derechos humanos, 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), que establece el deber de los Estados de crear mecanismos nacionales de prevención de la tortura en contextos de privación de libertad. 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. Sin embargo, la ley estableció que, para cumplir su mandato, el INDH actuaría exclusivamente a través del Comité para la Prevención de la Tortura (CPT). Esta institucionalidad busca 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 que se encuentren vigentes, la Constitución Política de la República y la demás normativa vigente.

Entre las funciones asignadas al Comité bajo el artículo 3° de la Ley N°21.154 se encuentran las siguientes:

- 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;
- Proponer al Consejo del INDH las modificaciones legales o reglamentarias en materia de tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes con el fin de adecuar la normativa existente a los estándares internacionales en la materia, para que sean sometidas a la consideración del Presidente de la República por medio del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Se debe destacar que la labor del CPT supone un rol preventivo, es decir, su trabajo está orientado a la anticipación de hechos de tortura y malos tratos, evitando que éstos se produzcan, a través de la detección y modificación de los factores de riesgo que inciden en la generación y reproducción de este tipo de vulneraciones a los derechos humanos. Lo anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades legales que la ley contempla, cuando estas vulneraciones ya se han producido. Por ello, cuando el CPT realiza visitas a centros de privación de libertad, si bien las personas privadas de libertad son la base de su monitoreo preventivo, el equipo de visita se orienta a conocer y atender los factores de riesgo de prácticas de tortura y los malos tratos y, por lo tanto, el funcionamiento de las instalaciones como “sistemas”, en lugar de centrarse exclusivamente en la situación de las personas que se encuentran privadas de libertad (APT, 2010). Sin perjuicio de ello, si la situación de un individuo o grupo es motivo de preocupación especial, puede ser necesaria una acción inmediata (APT, 2013). Otro objetivo clave del monitoreo preventivo es proporcionar recomendaciones concretas a través del diálogo constructivo con las autoridades, para mitigar o eliminar los factores de riesgo detectados y proponer medidas preventivas (CPT, 2021).

El trabajo del CPT se enfoca en los lugares de privación de libertad, en los términos que lo señala la Observación General 1 del Subcomité CAT/OP/GC/ Observación General núm. 1 (2024), relativa al artículo 4° del Protocolo Facultativo el que define la privación de libertad indicando: “El Subcomité ha aclarado que

entra dentro del ámbito de aplicación del Protocolo Facultativo cualquier lugar donde se encuentren, o en su opinión pudieran encontrarse, personas privadas de libertad (que no puedan salir de allí libremente), siempre que tal privación de libertad esté relacionada con una situación en la que el Estado ejerza, o pudiera esperarse que ejerza, una función reguladora.”

Así, siguiendo lo consagrado en el artículo 2 letra d) de la Ley N°21.154, el CPT tiene a su cargo el monitoreo permanente de una serie de recintos de diversa naturaleza, incluyendo unidades policiales, establecimientos penitenciarios, centros de internación psiquiátrica, establecimientos de larga estadía para personas mayores (ELEAM) y residencias para niños, niñas y adolescentes (NNA) que se encuentran bajo cuidado o custodia del Estado, entre otros.

## **Introducción**

El presente informe surge a partir de visitas realizadas por el CPT al Hospital Penitenciario el año 2022 y, posteriormente, el año 2024. En ambas ocasiones, se pudo observar la situación particular de una persona mayor cumpliendo una pena privativa de libertad en régimen de hospitalización prolongada debido a una condición crónica de salud.

El caso corresponde a una mujer de 66 años que está sentenciada a cumplir una condena privativa de libertad hasta el año 2030 y que se encuentra recluida en el Hospital Penitenciario desde el año 2018, es decir, hace más de 6 años. La reclusión en este espacio se ha justificado por su delicada condición de salud (enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave, hipertensión arterial, VIH, Dislipidemia, artrosis de columna, neuropatía, cefalea recurrente y prolapso uterino). Recibe oxígeno desde una conexión a la pared, por lo que pierde movilidad la mayor parte del día y debe permanecer en cama. Requiere, además, la administración diaria de más de 19 medicamentos. Esta persona puede llegar a compartir esta habitación con un máximo de hasta 7 personas (dependerá de la ocupación de camas) en un lugar de 6,5 por 5,8 metros (37 metros cuadrados en total y 5,3 metros cuadrados por persona con ocupación máxima), sin acceso a luz natural, con mala ventilación y con el riesgo de que las personas con las que comparte el espacio pueden padecer cuadros infecciosos. Asimismo, en el día a día se mantiene un régimen de actividades restringido y sin acceso a oferta programática; todas condiciones que en el sistema penitenciario cerrado son generalmente impuestas a personas recluidas en módulos de alta o máxima seguridad o aquellas sancionadas con aislamiento.

Lo anterior permite concluir, al igual que como se describe con mayor profundidad en este informe, que la pena que está cumpliendo y que deberá cumplir esta persona hasta el año 2030, está provocando un deterioro progresivo de su estado cognitivo y socioemocional. Así también, su estado de salud física de acuerdo a los informes médicos consultados ha empeorado desde que ingresó al recinto, lo cual se ve agravado por las deficientes condiciones materiales del lugar. Por lo tanto, parece evidente que la pena que se está ejecutando es cruel, inhumana y degradante, incompatible con los estándares internacionales de derechos humanos e incumpliendo las obligaciones suscritas por el Estado de Chile para personas que pertenecen a grupos vulnerables.

La relevancia de este caso radica en que se trata de una persona que pertenece a un grupo de especial protección estatal, por estar afecta a distintos factores de discriminación interseccional: es una persona mayor, de género femenino, con multimorbilidad crónica que ha derivado en una discapacidad física, que se encuentra sujeta a una pena privativa de libertad en condiciones que podrían significar un trato cruel, inhumano y degradante, atendido a la afectación de aspectos relacionados con su salud y calidad de vida.

En Chile y el mundo, las enfermedades crónicas se han constituido en un problema de salud pública. Además de los desafíos que presentan para los sistemas de salud, la evidencia da cuenta que las

personas con multimorbilidad, tienen una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. Sin duda, esto se traduce en un efecto negativo para la calidad de vida (MINSAL, 2021).

Cabe hacer presente que el encarcelamiento femenino tiene impactos diferenciados respecto de la población masculina. Estos dicen relación con la falta de una adecuada infraestructura penitenciaria, mayores dificultades para la reinserción social, la ausencia de perspectiva de género en la recopilación de datos relacionados con privación de su libertad, entre otros (CIDH, 2023, p.16). Tales determinantes en el contexto carcelario afectan tanto a las mujeres privadas de libertad como a las personas que se encuentran bajo su cuidado como hijas/os, personas con discapacidad y personas mayores (CIDH, 2017, párr. 200-201).

Por otra parte, las personas mayores privadas de libertad enfrentan dificultades específicas, que pueden tener que ver con distintas formas de discriminación y violencia que plantea el edadismo y factores asociados al curso de la vida, la condición de salud y las discapacidades físicas y mentales que pueden presentarse (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2022, párr. 341). Así, el proceso de envejecimiento puede verse agravado tanto por las propias condiciones de vulnerabilidad que conlleva *per se* el dispositivo carcelario, como por la confluencia de otros factores de discriminación como el género. Con todo, aunque el encarcelamiento de este grupo de personas no representa una proporción significativa según las estadísticas penitenciarias<sup>1</sup>, resulta fundamental poder visibilizar la realidad de estas personas en las cárceles de la región y particularmente en Chile, con el propósito de identificar las brechas, adoptar medidas adecuadas e incorporar los ajustes necesarios para la protección, cuidado integral y el respeto de sus derechos.

Es fundamental dejar por establecido que, si bien, la privación de libertad implica *per se* estar en una situación de vulnerabilidad, existen determinados grupos de la población penitenciaria que están más expuestos a situaciones de tortura y malos tratos. Por ello, se establecen obligaciones específicas para prevenir y enfrentar cualquier forma de violencia y vulneración que puede significar un trato o pena cruel, inhumana o degradante, particularmente para personas invisibilizadas y marginadas en el contexto carcelario.

En vista de todo anterior, se determinó la importancia se generar un pronunciamiento sobre el caso, elaborando el presente informe que alude, en una primera parte, a una serie de estándares internacionales y normativa sobre la temática y, luego, la descripción de hallazgos específicos sobre salud y privación de libertad que alertan sobre la presencia de factores de riesgo de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes. La presentación de tales antecedentes tiene el propósito de visibilizar, prevenir y subsanar aquellos aspectos de la privación de libertad que pueden ser constitutivos de malos tratos y servir como estándar para otras situaciones de personas privadas de libertad en que se identifiquen similitudes.

## Antecedentes

### **Marco normativo y estándares internacionales de derechos humanos**

La consagración y protección de los derechos humanos a nivel internacional se vio plasmada en declaraciones y tratados internacionales relativos a derechos civiles y políticos y, posteriormente, derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Paralelo a ello, los sistemas internacionales de protección elaboraron diversos instrumentos referidos a los derechos humanos de grupos en

---

<sup>1</sup> Al 31 de agosto del año 2024, en Chile la población total de personas privadas de libertad en cárceles asciende a 58.556. Las personas que superan los 60 años, corresponden a 2286, lo que representa un 3,9% del total.

situación de vulnerabilidad, entre los que se encuentran las mujeres, las niñas y niños, personas mayores y las personas privadas de libertad, entre otros.

Por un lado, el Sistema Universal de Derechos Humanos (en adelante, SUDH) cuenta con diversos tratados internacionales sobre la materia, vinculantes para los Estados Partes que los han ratificado. Algunos de ellos son la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (“PIDCP”), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“PIDESC”), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (“CEDAW”), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (“CAT”), su Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (“OPCAT”) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (“CRPD”).

A su vez, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante, SIDH), en línea con el anterior sistema de protección internacional, contempla un amplio catálogo de tratados internacionales sobre derechos humanos, tales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“CADH”), la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (“CIPST”), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CPM).

Por otra parte, también se encuentran una serie de instrumentos conocidos como “*soft law*” que, pese a que no son vinculantes para los Estados, igualmente pueden generar efectos prácticos. Los más relevantes en materia de personas privadas de libertad son el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o arresto, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (“Reglas de Tokio”), los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (“Reglas de Bangkok”) y las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (“Reglas Nelson Mandela”).

Adicionalmente, con el fin de contribuir a la elaboración de una futura Declaración Interamericana sobre los derechos, deberes y la atención de las personas sometidas a cualquier forma de detención y reclusión, el año 2008 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH o Comisión Interamericana) adoptó los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.

## **1. Privación de libertad, posición de garante del Estado y prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.**

Al ratificar los tratados internacionales sobre derechos humanos, ya sea del SUDH o del SIDH, los Estados Partes asumen dos obligaciones concretas: primero, respetar los derechos y las libertades establecidos en las convenciones; y, segundo, adoptar todas las medidas necesarias a nivel interno para que aquellos sean efectivos. Estos deberes cobran especial relevancia en el contexto de privación de libertad, entendida ésta como “cualquier forma de detención o encarcelamiento o de

custodia de una persona por orden de una autoridad judicial o administrativa o de otra autoridad pública, en una institución pública o privada de la cual no pueda salir libremente”<sup>2</sup>.

En el ámbito de la privación de libertad, los Estados se encuentran en una especial posición de garante debido al alto grado de control que ejercen sus autoridades frente a la persona privada de libertad. En este sentido, se comprende que las personas reclusas están impedidas de satisfacer por su propia cuenta sus necesidades básicas que resultan indispensables para tener una vida digna. Para el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria de Naciones Unidas, aquel sería el punto clave que define la privación de libertad: la incapacidad de las personas detenidas de defenderse y protegerse, en atención a que es el personal de los establecimientos de detención el que adopta las decisiones respecto de los diversos ámbitos de sus vidas. A pesar de ello, los Estados deben respetar siempre la dignidad inherente de este grupo de personas y otorgarles un trato humano.

En tal sentido, la relación de sujeción especial que predomina entre el Estado- a través de la Administración Penitenciaria- y la persona bajo su custodia, implica que es ésta la que regula los derechos y obligaciones de los mismos, no pudiendo el/la recluso/a satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas esenciales para una vida digna. Ante ello, el Estado debe garantizar las condiciones necesarias para el goce efectivo de aquellos derechos fundamentales que no se ven restringidos por la pena privativa de libertad. De esta forma, lo ha señalado la Corte Interamericana de Derechos Humanos<sup>3</sup>:

Ante esta relación e interacción especial de sujeción entre el interno y el Estado, este último debe asumir una serie de responsabilidades particulares y tomar diversas iniciativas especiales para garantizar a los reclusos las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna y contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que bajo ninguna circunstancia pueden restringirse o de aquéllos cuya restricción no deriva necesariamente de la privación de libertad y que, por tanto, no es permisible. De no ser así, ello implicaría que la privación de libertad despoja a la persona de su titularidad respecto de todos los derechos humanos, lo que no es posible aceptar<sup>4</sup>.

A consecuencia de lo anterior, una de las principales obligaciones que recaen en los Estados consiste en salvaguardar el derecho a la integridad personal de toda persona que se encuentre bajo su custodia y cuidado. Este derecho está reconocido en el Artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos e incorpora el respeto por la integridad física, psíquica y moral. Este derecho implica que toda persona privada de libertad debe ser tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano, garantizando que la manera y método de detención no excedan los sufrimientos propios de la privación de libertad<sup>5</sup>. Su finalidad principal consiste en la prohibición absoluta de la tortura y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, consagrada en diversos tratados internacionales sobre derechos humanos de la siguiente forma: “nadie será sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> Artículo 4.2 del OPCAT. Para una definición más detallada de la privación de libertad, ver: Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la CIDH, disposición general.

<sup>3</sup> En adelante, Corte IDH o Corte Interamericana.

<sup>4</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, Reparaciones y Costas. Sentencia 11 de marzo 1005, párr. 97. Caso Fermín Ramírez Vs. Guatemala.

<sup>5</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2013). Caso Mendoza y otros. Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013, párr. 22.

<sup>6</sup> Artículo 5 DUDH, Artículo 7 del PIDCP y artículo 5.2 de la CADH.



En la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH), se ha establecido que la prohibición de la tortura en sus distintos grados y formas, pertenece a una norma de *ius cogens*, lo que significa: la inderogabilidad de la misma y su vigencia en todas las circunstancias. En tanto, los Estados no pueden alegar su desconocimiento o la incorporación de tal prohibición en el ordenamiento jurídico interno:

Existe un régimen jurídico internacional de prohibición absoluta de todas las formas de tortura, tanto física como psicológica, régimen que pertenece hoy día al dominio del *ius cogens*. La prohibición de la tortura es completa e inderogable, aun en las circunstancias más difíciles, tales como guerra, amenaza de guerra, lucha contra el terrorismo y cualesquiera otros delitos, estado de sitio o de emergencia, conmoción o conflicto interior, suspensión de garantías constitucionales, inestabilidad política interna u otras emergencias o calamidades públicas.<sup>7</sup>

Los elementos clásicos de la tortura, que comparten tanto el SUDH como el SIDH, corresponden a: a) infligir dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales; b) ser intencional; y c) se cometa con cualquier fin o propósito. Sobre los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, según la Convención contra la Tortura en su artículo 6, refiere a otros actos que no llegan a ser tortura, cuando los mismos sean cometidos por un funcionario público y otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona.

Con todo, la vulneración del derecho a la integridad personal tiene diversas connotaciones y grado que pueden ir desde la tortura hasta otro tipo de vejámenes o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Sus efectos y la intensidad del sufrimiento pueden variar según factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación en particular<sup>8</sup>.

Ahora bien, y como se verá a continuación, en el contexto de la privación de libertad, existen ciertos grupos de personas que se encuentran en una situación específica de vulnerabilidad, encontrándose más expuestas a hechos de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Tal es el caso de mujeres, personas mayores, personas con discapacidad, entre otros.

## **2. Estándares sobre personas mayores, personas con discapacidad y enfoque diferenciado en el contexto de privación de libertad.**

A partir de un largo proceso de consolidación de estándares a nivel interamericano, el 15 de junio de 2015 fue adoptado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante “la Convención sobre Personas Mayores o “CPM”), entrando en vigor el 11 de enero de 2017 y siendo ratificado por Chile el 15 de agosto del mismo año. Este es el primer tratado internacional y regional que contiene un enfoque exclusivo para la promoción, protección y garantía de los derechos humanos de las personas mayores. Esta Convención establece una serie de derechos específicos<sup>9</sup> de las personas mayores, lo que conlleva distintas obligaciones para los Estados.

En cuanto a los aspectos relacionados al caso que aborda este informe (persona mayor privada de

---

<sup>7</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004). Caso Tibi Vs. Ecuador. Sentencia de 7 de septiembre de 2004, párr. 143. En este mismo sentido también: Caso “Instituto de Reeducción del Menor”. Sentencia 2 de septiembre de 2004; Caso García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú. Sentencia de 25 de noviembre de 2005, párr. 222; Caso Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Sentencia de 25 de noviembre de 2006, párr. 271.

<sup>8</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (1997). Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Sentencia de 17 de septiembre de 1997.

<sup>9</sup> Los derechos consagrados en la Convención, se encuentran establecidos en los artículos 5 a 28 y 30- 31.

libertad con multimorbilidad crónica) resulta fundamental tener a la vista los siguientes artículos de la Convención sobre Personas Mayores:

- a) En primer lugar, el Artículo 4 de este instrumento, establece la obligación del Estado de adoptar medidas para **prevenir, sancionar y erradicar prácticas contrarias a la Convención tales como aislamiento, tratamientos médicos inadecuados y cualquier conducta que pueda constituir malos tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.**
- b) El Artículo 5 de la CPM consagra el **principio igualdad y no discriminación** por razones de edad, haciendo hincapié en la necesidad de que los Estados desarrollen enfoques específicos para proteger a las personas mayores privadas de libertad al identificarlas como un grupo en situación de vulnerabilidad y víctima de discriminación múltiple.
- c) El Artículo 9 dispone el **derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia**, entendiendo violencia contra la persona mayor cualquier acción o conducta que cause daño, sufrimiento físico o psicológico.
- d) El Artículo 10 establece el **derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.**
- e) El Artículo 12 estipula que las personas mayores tienen derecho a recibir servicios de cuidado integral a largo plazo en salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda.
- f) Por último, el Artículo 13 consagra estándares específicos para la protección de los derechos de las personas mayores en prisión, lo que trae aparejada la obligación de los Estados de garantizar el acceso a programas especiales y de atención integral, que incluyan **mecanismos de rehabilitación para su reinserción en la sociedad.**

Por su parte, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad<sup>10</sup>, aprobados en 1991 contienen un conjunto de directrices para promover el bienestar y los derechos de las personas mayores. Estos describen la obligación del Estado en cuanto al respeto y promoción de la dignidad de las personas mayores, lo que implica combatir la discriminación por edad. Asimismo, establecen la obligación de garantizar la seguridad de las personas mayores, protegiéndolas de abusos, maltratos y negligencia. Dentro de sus deberes, se encuentra el asegurar que las personas mayores tengan acceso a servicios sociales y de salud adecuados. Los Estados, además, deben proporcionar servicios de salud aptos para las personas mayores y apoyar su bienestar físico y mental. Esto incluye el acceso a atención médica, servicios de rehabilitación y apoyo emocional. **También, se establece que todas estas normas deberían guiar las políticas y los programas formulados para las personas mayores privadas de libertad.**

Específicamente en el ámbito de la privación de libertad es atinente tener a la vista lo expuesto en el Informe sobre personas mayores privadas de libertad de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas mayores y que ofrece un análisis temático de la situación de las personas mayores privadas de libertad en diferentes contextos. Así, este informe examina qué significa la privación de libertad desde la perspectiva de estas personas y cómo afecta el pleno disfrute de sus derechos humanos: subraya la obligación de los Estados en cuanto a tratar a las personas de edad con dignidad durante su detención y el deber de tener en cuenta sus necesidades específicas con respecto a su edad, salud y estado de discapacidad. Alude a cierta articulación entre discriminación por razón de edad con la privación de libertad, y como esto tiene efectos agravantes en el disfrute de los derechos humanos por las personas mayores, aumentando las situaciones de riesgo para estas. Asimismo, enfatiza que las personas mayores detenidas siguen siendo un grupo invisible entre la

---

<sup>10</sup> Estos principios tienen una denominación original como "Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad". Esta expresión se ha ido revaluando, prefiriendo la utilización del término como "personas mayores."

población encarcelada (Asamblea General de Naciones Unidas, 2022).

En otras instancias también se ha abordado la situación de encarcelamiento de personas mayores, delimitando estándares que atienden a las obligaciones que tienen particularmente las autoridades penitenciarias para garantizar un trato digno e igualitario. En ese sentido:

“La igualdad de trato y acceso a los servicios implica que las autoridades penitenciarias están obligadas a tomar medidas de acción afirmativa para garantizar el acceso en igualdad de condiciones con los demás de todos los grupos vulnerables, incluidos reclusos de la tercera edad, a todas las instalaciones y programas de actividades del recinto penitenciario” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Manual sobre reclusos con necesidades especiales, 2009, pág. 133.)

Teniendo en cuenta, además, las otras determinantes que operan en el caso del presente informe, específicamente lo que dice relación con la condición de salud- multimorbilidad crónica- que conlleva una discapacidad física, es relevante poder establecer los lineamientos normativos de personas con discapacidad. Así, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad destaca en su Artículo 1 la importancia de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para las personas con discapacidad. Este instrumento define a las personas con discapacidad como aquellas que tienen “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” Tal marco normativo destaca la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad, al igual que el resto de la población, disfruten de sus derechos sin ser sujetas a discriminación o limitaciones adicionales, especialmente en contextos de privación de libertad.

Con todo, la Corte Interamericana de Derechos en su Opinión Consultiva OC-29/22<sup>11</sup> reconoce expresamente que en el caso de las personas mayores privadas de libertad, en virtud de las necesidades especiales que derivan del proceso de envejecimiento, existen condiciones de vulnerabilidad que se ven agravadas por el contexto de encierro y que requieren de la adopción de un enfoque diferenciado por parte de los Estados. Para estos efectos, la Corte, según lo establecido en la Convención de Personas Mayores, considera “persona mayor” a quien ha cumplido 60 años, salvo que la ley interna determine una edad distinta, siempre que no sea superior a los 65 años. Asimismo, incluye consideraciones en el tratamiento diferenciado que tienen que ver con discapacidad por la relación que encuentra entre esta y el proceso de envejecimiento.

Así, la Corte IDH delimitó una serie de obligaciones específicas para los Estados con la finalidad de asegurar los derechos de las personas mayores privadas de libertad, relativas a lo siguiente: a) la necesidad de adoptar medidas especiales para hacer efectivos los derechos de las personas mayores privadas de libertad; b) la procedencia de medidas sustitutivas o alternativas a la ejecución de las penas privativas de libertad en favor de las personas mayores; c) los derechos a la accesibilidad y a la movilidad de las personas mayores privadas de libertad; d) el derecho a la salud de las personas mayores privadas de libertad; e) el derecho de las personas mayores privadas de libertad al contacto exterior con sus familias, y f) la reinserción y reintegración social de las personas mayores privadas de libertad.

---

<sup>11</sup> La relevancia que tiene este instrumento para los Estados que han ratificado la Convención Americana de Derechos Humanos y diversos tratados internacionales de Derechos Humanos, radica en que el ejercicio que hace la Corte consiste en establecer consideraciones generales a partir de los derechos fijados en la Convención, para fijar la necesidad de adoptar medidas o enfoques diferenciados de personas que se encuentran en circunstancias específicas de vulnerabilidad en contextos de privación de libertad.

La Corte IDH también ha abordado estas temáticas en casos contenciosos, por ejemplo, en el caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, en que establece aspectos específicos como: a) la particular vulnerabilidad en muchas ocasiones de las personas mayores frente al acceso a la salud, resaltando la existencia de factores como las limitaciones físicas de movilidad, la condición económica o la gravedad de la enfermedad y posibilidades de recuperación, b) situaciones donde la vulnerabilidad de las personas mayores se incrementa en razón del desequilibrio de poder que existe en la relación médico - paciente, resultando indispensable garantizar al paciente, de manera clara y accesible, la información necesaria y el entendimiento de su diagnóstico o situación particular, así como de las medidas o tratamientos para enfrentar tal situación<sup>12</sup>. (Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 91 349, párrs. 131 y 162).

**a) La necesidad de adoptar medidas especiales para hacer efectivos los derechos de las personas mayores privadas de libertad.**

En cuanto a la necesidad de **adoptar medidas especiales para hacer efectivos los derechos de las personas mayores privadas de libertad**, esta Opinión Consultiva, resalta la importancia de visibilizar a las personas mayores como sujetos de derechos, las que requieren de una especial protección, lo que deviene en la adopción de medidas positivas en función de las necesidades particulares del grupo en cuestión, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentren (Corte IDH, 2022, párr. 342).

En este punto, sobre las personas mayores privadas de libertad, la Corte establece la confluencia interseccional de distintos factores de discriminación, como el sexo, el género, la condición migratoria, la situación de discapacidad, entre otras, que agravan la vulnerabilidad asociada al ciclo de la vida y el contexto de encierro institucional. Al respecto, se reconoce en esta Opinión Consultiva que los servicios penitenciarios no han sido concebidos en atención a las características y necesidades de las personas mayores. Por ello, los Estados están obligados a implementar políticas, programas y realizar los ajustes razonables para responder a las particularidades y exigencias de este grupo. Esto implica el cumplimiento de obligaciones específicas para satisfacer las necesidades derivadas del envejecimiento y observar el respeto debido a la dignidad humana de toda persona privada de libertad, que se garantiza en el Artículo 5.2. de la Convención Americana (Corte IDH, 2022, párr. 346).

**b) La procedencia de medidas sustitutivas o alternativas a la ejecución de las penas privativas de libertad en favor de las personas mayores.**

A propósito del reconocimiento sobre que los sistemas penitenciarios no atienden de manera adecuada las necesidades específicas de las personas mayores y la afectación diferenciada que puede implicar la privación de libertad para este grupo, la Corte IDH recomienda la posibilidad de aplicar penas sustitutivas o alternativas a la prisión<sup>13</sup>.

Para ello, la determinación y viabilidad de medidas no privativas de libertad a personas mayores, requiere

---

<sup>12</sup>Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 91 349, párr. 131 y 162.

<sup>13</sup> A nivel regional, distintos ordenamientos jurídicos de Estados miembros de la OEA prevén esta posibilidad de medidas sustitutivas o no privativas de libertad a personas mayores, personas con discapacidad o personas con determinados padecimientos de salud. Tal es el caso de Argentina, Ley No. 26.660, Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, de 8 de julio de 1996, artículo 32, incisos a, b, c y d; Bolivia, (i) Ley No. 2298, Ley de Ejecución Penal y Supervisión, de 20 de diciembre de 2001, artículo 196, (ii) Ley No. 1970, Código de Procedimiento Penal, de 25 de marzo de 1999, artículo 433.a, b y c, y (iii) Ley No. 2298, Ley de Ejecución Penal y Supervisión, de 20 de diciembre de 2001, artículo 174.1; c) Brasil, Ley No. 7210, Ley de Ejecución Penal, de 11 de julio de 1984, artículo 117.1.

de la ponderación de distintos factores, los que involucran: el tipo y gravedad del delito cometido, la personalidad y los antecedentes de la persona condenada, la situación de salud de la persona, el riesgo para su vida según los informes médicos, las condiciones de detención y las facilidades para una atención adecuada, entre otros.

### **c) Accesibilidad y movilidad de las personas mayores privadas de libertad.**

En virtud de lo señalado en el artículo 5.2. de la Convención Americana<sup>14</sup>, el respeto debido a la dignidad humana a toda persona privada de libertad, implica que los sistemas penitenciarios deben contar con condiciones de infraestructura y de acceso para que las personas mayores, atendiendo a sus necesidades particulares y condiciones específicas, puedan desarrollar una vida digna.

Particularmente sobre el espacio físico en que se encuentren personas mayores privadas de libertad, el mismo debe ser un alojamiento considerado seguro y de fácil acceso<sup>15</sup>. Las condiciones que deben preverse para la permanencia de este grupo de personas en los centros penitenciarios, deben reducir al mínimo las diferencias entre la vida en prisión y la vida en libertad<sup>16</sup>. Con todo, el lugar físico en que desarrollen su vida, debe ser siempre acorde a sus necesidades especiales y asegurar la accesibilidad y movilidad adecuada para una vida autónoma e independiente que permita la participación plena en los aspectos diarios del contexto en prisión.

Por último, dependiendo de las condiciones y necesidades de cada persona mayor privada de libertad, también podrían resultar exigibles los derechos de las personas con discapacidad. En tal sentido, siguiente lo establecido en los distintos instrumentos internacionales sobre la temática, la Corte IDH señala que es necesario incorporar “el modelo social para abordar la discapacidad”, en que la discapacidad se define más por las barreras o limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva”. Así, el Estado tiene el deber de identificarlas y erradicarlas mediante prácticas de inclusión social y medidas de diferenciación positiva. Particularmente en los entornos penitenciarios, la adopción de un modelo social para atender la discapacidad requiere de:

“Garantizar accesibilidad a las personas con discapacidad que se vean privadas de libertad (...) de conformidad con el principio de no discriminación y con los elementos interrelaciones de la protección a la salud, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, incluida la realización de ajustes razonables necesarios en el centro penitenciario, para permitir que [puedan] vivir con la mayor independencia posible y en igualdad de condiciones con otras personas en situación de privación de libertad”<sup>17</sup>.

### **d) El derecho a la salud de las personas mayores privadas de libertad**

El derecho a salud se encuentra consagrado en el artículo 12 del PIDESC y el artículo 10 del Protocolo Adicional de la Convención Americana (Protocolo de San Salvador). En ambos instrumentos, este es comprendido como el derecho de toda persona al más alto nivel de bienestar físico, psíquico y social. Aún así, no se trata solo del derecho a estar sano, de no padecer ninguna enfermedad, sino que como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, del derecho a la

---

<sup>14</sup> “Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

<sup>15</sup> UNODC, Manual sobre Reclusos con necesidades especiales, p.137.

<sup>16</sup> La Convención sobre Personas Mayores en su artículo 4 inciso a, señala que “el aislamiento” de las personas mayores es una práctica contraria a los derechos que se reconocen en el instrumento.

<sup>17</sup> Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala, supra, párr. 215.

salud se derivan libertades y derechos: sobre las primeras, se alude al derecho a controlar el propio cuerpo, por ejemplo, lo referido a salud sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer injerencias, como lo sería el no ser sometido a torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. En relación a los segundos, el Comité indica que el sistema de protección de la salud tiene que brindar las mismas oportunidades a todas las personas para que disfruten del más alto nivel posible de salud<sup>18</sup>.

Respecto de las personas privadas de libertad, la jurisprudencia internacional ha desarrollado el contenido del derecho a salud con base en diversos instrumentos de *soft law*, como lo son las “Reglas Nelson Mandela” y los Principios y Buenas Prácticas Sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. De esta forma, se ha comprendido que las prestaciones de salud para las personas privadas de libertad deben cumplir con los mismos estándares de aquellas que no se encuentren en dicha situación<sup>19</sup> y que el acceso a éstas debe ser gratuito y ejercido sin discriminación<sup>20</sup>. En línea con ello, los servicios médicos que se suministran en los centros penitenciarios han de garantizar la privacidad de las personas y la información sobre la salud de quienes se encuentren privados o privadas de libertad, debiendo ser estrictamente confidencial<sup>21</sup>. Por su parte, el equipo médico tiene que ser suficiente para atender a las personas bajo su cuidado y no tener vínculos con las autoridades penitenciarias, dado que aquello implica una salvaguarda relevante en contra de actos que pueden constituir tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes de este grupo poblacional<sup>22</sup>. A su vez, este equipo tiene que tener un carácter interdisciplinario, lo que incluye especialidades en psicología y psiquiatría<sup>23</sup>. De esta forma, aunando lo indicado, se debe contar con atención médica regular, lo que incluye especialmente la atención psiquiátrica<sup>24</sup>, y con servicios de atención médica de urgencia en caso de accidentes, enfermedades agudas y emergencias, así como atención y tratamiento adecuados para enfermedades agudas, crónicas y seguimiento de casos<sup>25</sup>. Si los recintos penitenciarios no cuentan con lo mencionado, deben existir procedimientos adecuados de derivación a centros de salud en casos de urgencia, ya sea hacia otros establecimientos de salud penitenciarios o a centros en el exterior<sup>26</sup>.

Los instrumentos de *soft law* señalados anteriormente, destacan que los servicios de salud que se ofrecen en los recintos deben articularse con el sistema de salud público para cubrir las debidas atenciones y tratamientos de salud. Lo anterior también debe considerarse 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<sup>27</sup>. Por lo tanto, los Estados tienen la obligación de contar con una regulación respecto de la atención médica que se brinde en los centros penitenciarios<sup>28</sup>. Finalmente, es necesario destacar que la falta de atención médica adecuada, como se ha visto en otros casos conocidos por la Corte

---

<sup>18</sup> Organización de las Naciones Unidas (2000). 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. E/C.12/2000/4, párr. 8.

<sup>19</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2016). Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016, párr. 177.

<sup>20</sup> Regla 24 de las “Reglas Nelson Mandela”.

<sup>21</sup> Reglas 26 y 32 de las “Reglas Nelson Mandela”.

<sup>22</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2010 b). Caso Vélez Loo Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010, párr. 220.

<sup>23</sup> Regla 25 de las “Reglas Nelson Mandela”.

<sup>24</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2016). Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala, párr. 178.

<sup>25</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004 b). Caso Tibi Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 07 de septiembre de 2004, párr. 156.

<sup>26</sup> Regla 27 de las “Reglas Nelson Mandela”.

<sup>27</sup> Regla 24 de las “Reglas Nelson Mandela” y Principio X de los Principios y Buenas Prácticas Sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.

<sup>28</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2019 b). Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019, párr. 84.



Interamericana de Derechos Humanos, tiende a generar sufrimientos psicológicos y físicos adicionales que, incluso, pueden dar lugar a padecimientos crónicos<sup>29</sup>.

Particularmente sobre el enfoque diferenciado del derecho a la salud de las personas mayores privadas de libertad, en la Opinión Consultiva OC-29/22 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se resalta la idea de que la propia situación de encarcelamiento puede agravar la condición de salud de las personas mayores. En ese sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas privadas de libertad experimentan lo que se conoce como “envejecimiento acelerado” al desarrollar enfermedades crónicas y discapacidad aproximadamente 10 o 15 años antes que el resto de la población.<sup>30</sup>

En tanto, teniendo en cuenta la Convención de las Personas Mayores, la atención médica y los servicios de salud de las personas mayores privadas de libertad, debe significar una atención integral, es decir, debe tomar en cuenta las circunstancias particulares y los cambios que sobrevienen con el envejecimiento.

Por otra parte, el miedo a morir en prisión afecta gravemente la salud mental de las personas mayores y se mezcla con factores como la depresión y el aislamiento. Lo anterior, obliga a las autoridades penitenciarias a dos cuestiones fundamentales: primero, a desarrollar acciones para la prevención del suicidio y la autolesión de personas mayores recluidas y, segundo, a brindar el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico adecuado<sup>31</sup>.

La atención y los servicios de salud para personas mayores privadas de libertad, debe considerar el grado de satisfacción de las necesidades específicas en cada caso. La Corte IDH en ese sentido, obliga a los Estados entregar una protección de salud incrementada respecto de personas que padecen enfermedades graves o crónicas<sup>32</sup> cuando la salud puede deteriorarse de manera progresiva en el ámbito de la prisión. Esto implica optimizar la capacidad de atención para tratamientos médicos complejos y establecer una estrecha cooperación y coordinación con los servicios de salud externos, con la finalidad de garantizar la atención oportunamente y adecuada de cada persona (Corte IDH, 2022, párr. 371).

Asimismo, la atención de salud en la privación de libertad de personas mayores debe incorporar la perspectiva de género cuando así corresponda, para identificar y prever necesidades específicas de mujeres mayores. Desde este punto de vista, el Estado, a través de la administración penitenciaria, debe desarrollar todas las acciones de salud derivadas de las condiciones específicas del género, lo que incluye atención preventiva en por ejemplo, exámenes de tipos de cáncer que afectan a la mujer:

Regla 18. Las reclusas tendrán el mismo acceso que las mujeres de su edad no privadas de libertad a intervenciones de atención preventiva de la salud pertinentes a su género, como pruebas de Papanicolau y exámenes para la detección de cáncer de mama y otros tipos de cáncer que afecten a la mujer (UNODC, Reglas de Bangkok, 2011).

---

<sup>29</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2006). Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006, párr. 302.

<sup>30</sup> OMS, Oficina Regional para Europa, Prisons and Health, supra, págs. 156 y 166. Véase, Human Rights Watch, Old behind bars: The aging prison population in the United States, supra, pág. 17.

<sup>31</sup> Reglas Nelson Mandela, supra, Regla 16, y UNODC, Manual sobre Reclusos con necesidades especiales, supra, pág. 31.

<sup>32</sup> Como por ejemplo, problemas cardíacos y pulmonares, cáncer, diabetes, hipertensión, entre otras afectaciones. OMS, Oficina Regional para Europa, Prisons and Health, pág. 157.

Así y todo, los programas y servicios de salud deben asegurar una atención apropiada para enfrentar los cambios asociados al envejecimiento de mujeres, como los relacionados a enfermedades físicas o mentales posmenopáusicas y post reproductivas (Corte IDH, 2022, párr. 372).

Por último, en términos generales, las autoridades penitenciarias deben formular e implementar políticas integrales y estrategias que permitan un envejecimiento activo y saludable, así como propiciar ambientes adecuados para las personas mayores recluidas, adaptar las actividades y servicios a sus necesidades y definir programas individuales según las condiciones personales. Asimismo, es responsabilidad del Estado entregar a las personas mayores privadas de libertad programas que incluyan actividades físicas, deporte y ejercicio al aire libre y condiciones necesarias para la recreación y descanso.

### **Marco jurídico nacional sobre el derecho a la vida, integridad física y psíquica y privación de libertad de mujeres mayores.**

Atendiendo a las distintas categorías que convergen en este caso, hay una serie de normas que se deben tener a la vista. Éstas permiten realizar un análisis de brecha entre los contenidos normativos en el ámbito nacional y lo observado en la realidad. Tales instrumentos se relacionan con el derecho a la vida, la integridad personal, la protección y atención de salud y, específicamente, respecto de la privación de libertad de personas mayores con discapacidad física o dependencia a causa de una condición de salud crónica. El CPT advierte que este análisis no puede ser leído sin tener en cuenta el enfoque de la interseccionalidad y la particular situación de vulnerabilidad.

La Constitución Política de la República (CPR) establece el deber de los órganos del Estado a respetar y promover los derechos fundamentales garantizados por la misma, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes (Artículo 5° inc. 2° de la CPR). Este cuerpo normativo supralegal consagra un catálogo de derechos fundamentales en su Artículo 19. En el caso en particular, el CPT considera que habría una afectación directa **al derecho a la vida e integridad física y psíquica** (Artículo 19 N°1), así como al **derecho a la protección de la salud** (Artículo 19 N°9).

Los instrumentos internacionales que han sido ratificados por Chile, dan sentido y alcance a las garantías fundamentales mencionadas. De tal modo, el derecho a la vida no puede ser comprendido de una manera restringida considerando sólo la protección a la privación arbitraria de la misma, sino que también debe involucrar el derecho al disfrute de una vida digna. Para ello, el Estado y sus órganos de actuación, deben adoptar todas las medidas que permitan satisfacer las condiciones adecuadas para la existencia de una vida en condiciones de dignidad, especialmente para grupos de personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, tal como las personas mayores y las personas con discapacidad.<sup>33</sup>

Por otra parte, esta garantía fundamental también involucra el derecho a vivir una vida libre de violencia y maltrato. Para el caso de las personas mayores, la definición de la violencia, se ha entendido, entre otras, como toda forma de abandono o negligencia que tenga lugar dentro o fuera del ámbito familiar o unidad doméstica o que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes.<sup>34</sup>

En cuanto al derecho a la integridad física y psíquica, esta es una garantía en que su protección está dirigida directamente a la prohibición imperativa de la tortura y penas o tratos crueles, inhumanos o

---

<sup>33</sup> Entre los distintos pronunciamientos de los instrumentos del derecho internacional sobre la garantía de una vida digna como parte del derecho a la vida, se encuentra: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 25.1; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 11.1; Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, Art. 6; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), Art. 14.

<sup>34</sup> Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Art.9



degradantes. El CPT alineado con los estándares internacionales de derechos humanos en la materia, entiende que este derecho se ve vulnerado por toda acción que genere perjuicio y sufrimiento físico y/o mental, el que puede ser provocado, incluso, por condiciones de lugares de detención y recintos como una forma de castigo cruel, inhumano y degradante.

El derecho a la vida y a la integridad personal encuentra una estrecha relación con la atención de salud. Al respecto, esta garantía fundamental está consagrada en el Artículo 19 N°9 de la CPR y conlleva el asegurar un acceso libre e igualitario, siendo deber del Estado la certeza sobre la ejecución de las acciones y prestaciones de salud a cualquier titular del derecho, sin diferencias arbitrarias (Cea Egaña, 2004, p.310; Nogueira Alcalá, 2009, p. 127). Al respecto, el Tribunal Constitucional ha pronunciado que la satisfacción de este derecho es un rasgo distintivo de la legitimidad sustantiva del Estado social en la democracia constitucional contemporánea (STC 976 c.29).

En el ámbito de la ejecución de pena privativa de libertad, no existe una política penitenciaria que aborde de manera integral la situación de mujeres y/o personas mayores. En tal sentido, el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP) constituye la matriz normativa a tener en cuenta, específicamente en lo que respeta a: a) la relación de derecho público entre el interno y el Estado y las limitaciones a las actuaciones de la administración penitenciaria; b) la prohibición de toda forma de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradante; c) velar por la vida, integridad y salud de los internos.

El artículo 2° del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios establece que será principio rector de la actividad penitenciaria el antecedente que el interno se encuentra en una relación de derecho público con el Estado, lo que implica que fuera de los derechos perdidos o limitados por la detención, prisión preventiva o condena, la condición jurídica de las personas privadas de libertad es idéntica a la de los ciudadanos libres. A su vez, el artículo 6° dispone que ningún interno será sometido a torturas, a tratos crueles, inhumanos o degradantes, de palabra u obra, ni será objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas del Reglamento. Por último, el inciso 3° del artículo 6° consagra el deber de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de las personas privadas de libertad, permitiendo el ejercicio de los derechos compatibles con su situación procesal. Esto dice relación con la obligación del Estado de velar por condiciones carcelarias que no traspasen el marco tolerado y consecuentemente no afecten o amenacen otros derechos de las personas privadas de libertad.

Asimismo, dentro del conjunto diseminado de normas que componen el derecho penitenciario, existen contenidos específicos sobre salud y discapacidad que resultan relevantes para el caso en cuestión:

#### **a) Manual de Derechos Humanos de Gendarmería de Chile**

Establece que las reclusas y 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. Este Manual es conteste con los estándares internacionales de derechos humanos en la materia y consagra, entre otros aspectos, los siguientes:

- La Administración Penitenciaria debe promover el bienestar tanto de reclusos como de funcionarios.
- Los servicios de salud deben responder a las orientaciones y políticas emanadas del Ministerio de Salud y adecuarse a los estándares de acceso de los ciudadanos libres.
- Dentro de los recintos penitenciarios, se dispondrá de instalaciones de salud y personal médico para proporcionar los distintos servicios de salud.
- El equipo médico debe asesorar al jefe del establecimiento sobre la alimentación, calefacción, la iluminación, la ventilación, la ropa de cama y de abrigo y las oportunidades de ejercicio.

Este instrumento al que está sujeta la actividad penitenciaria, reconoce que debe atenderse especialmente las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad, tales como mujeres, personas mayores y jóvenes, personas con enfermedades de salud mental, VIH-SIDA y tuberculosis.

Cabe hacer presente que el Manual de Procedimientos Clínicos y Administrativos del Hospital Penitenciario reitera esta normativa en términos de acceso, tratamiento e implementación de programas de salud.

**b) Resolución Exenta N°8411/2023 que aprueba “Instrucciones para el Respeto y Garantía de Derechos de Personas con Discapacidad bajo Custodia de Gendarmería de Chile”**

Esta normativa resulta aplicable por tratarse de una persona con discapacidad física, que es definida como “aquella que presenta una deficiencia física o motora que, al interactuar con diversas barreras existentes en el entorno, le impiden o restringen el desarrollo de una vida independiente, el acceso a prestaciones y actividades de reinserción social o el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas usuarias del Servicio”.

La Resolución regula los aspectos más relevantes de la vida intrapenitenciaria (clasificación y segmentación, régimen interno, aislamiento, uso de la fuerza, reinserción social, accesibilidad universal). Sin embargo, para el asunto *sub lite*, es de particular interés, profundizar específicamente en lo siguiente:

- Principio de interseccionalidad y principio de dignidad y autonomía.

Para la aplicación de las distintas dimensiones que aborda la Resolución, es imprescindible tener a la vista la categoría de la interseccionalidad. En tal sentido, Gendarmería de Chile debe adoptar las medidas necesarias para asegurar el goce y ejercicio de derechos en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad que posean otros factores de vulnerabilidad como el sexo y la edad.

Por su parte, el principio de dignidad y autonomía dice relación con que la atención que brinde Gendarmería de Chile a personas con discapacidad en situación de dependencia, debe permitir la existencia autónoma en el entorno penitenciario.

- Régimen interno y desplazamientos.

El Artículo 14 señala que todo movimiento físico que las personas con discapacidad privadas de libertad realicen al interior del recinto penitenciario, debe ir acompañado de medidas destinadas a facilitar el desplazamiento de las mismas, considerando la infraestructura y el tipo de discapacidad.

- Aislamiento, Título VI.

Sobre el aislamiento, es de particular atención para este caso, lo establecido en el Artículo 43: la prohibición de cualquier tipo de aislamiento si la persona privada de libertad presenta una discapacidad que pudiera agravarse bajo dicho régimen. Una de las circunstancias consideradas de agravamiento, es la imposibilidad de desarrollar una vida independiente o autónoma en régimen de aislamiento. Al respecto, según los hallazgos descritos, la privación de libertad de larga estadía en el Hospital Penitenciaria, atendida las condiciones de reclusión, implicaría un régimen de aislamiento de facto.

- Reinserción social

El artículo 57 de la Resolución, refiere a la reinserción social de las personas con discapacidad, señalando que los programas deben ser implementados con un enfoque diferenciado que considere las

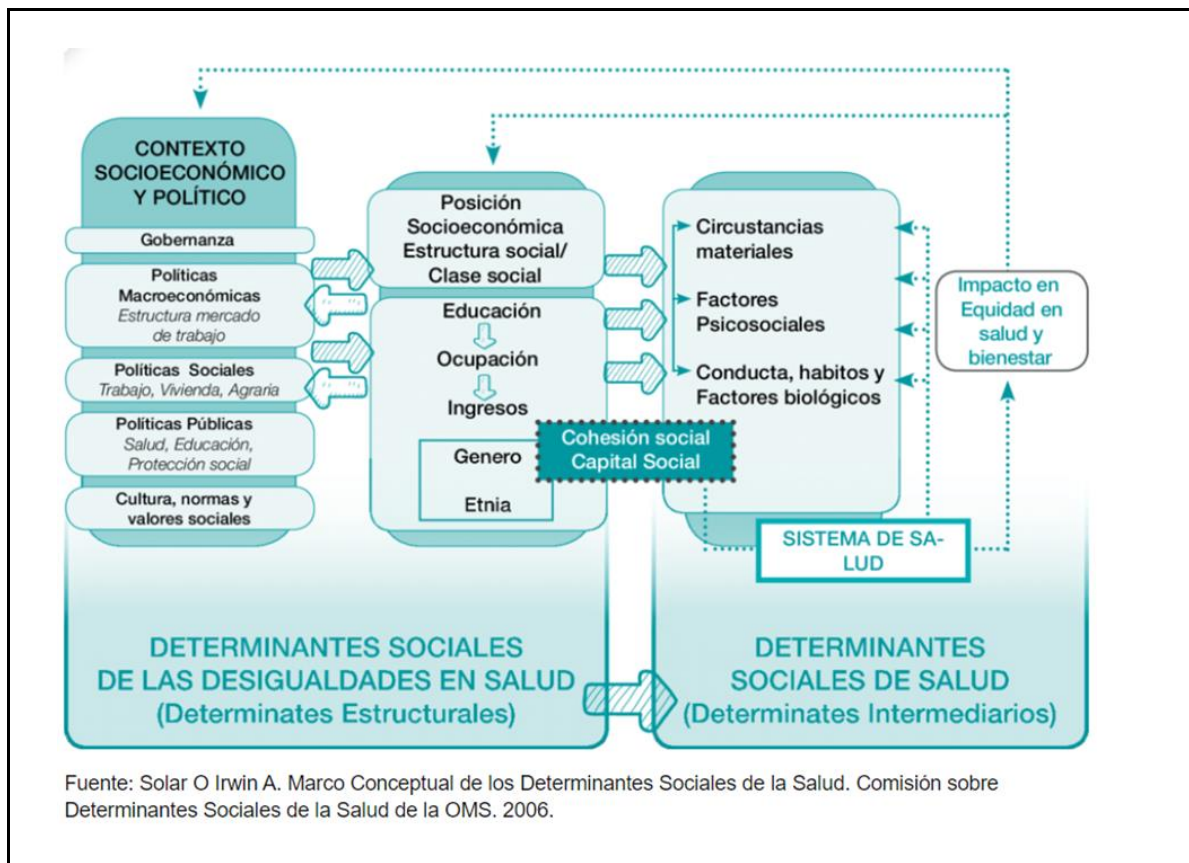
particularidades de las personas con discapacidad, asegurando la efectividad de la intervención criminógena.

**Determinantes de salud y privación de libertad**

En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define el concepto de salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En ese orden de ideas, es necesario considerar los diferentes elementos que componen el estado de salud de las personas y el entorno en el cual se encuentran y los determinantes sociales de la salud (DSS), definido por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”<sup>35</sup>.

Según el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, se plantean determinantes estructurales e intermedios<sup>36</sup>: a) Los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual; b) Los determinantes intermedios incluyen las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, los hábitos relacionados con la salud y los factores psicosociales y biológicos.

Tabla N°1. Esquema sobre determinantes sociales de salud.



<sup>35</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22.>

<sup>36</sup> Solar O, Irwin A. (2010). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia, 2006, 17(3):180-5.

El peso de los determinantes sociales en los resultados de salud varía en relación con otros determinantes, a saber:

- Factores socioeconómicos, 40-50%: Incluyen el nivel de ingresos, la educación, el empleo, el apoyo social y las condiciones de vida. Estos factores tienen un impacto significativo en la salud debido a su influencia en el acceso a recursos y oportunidades.
- Comportamientos y estilo de vida, 30-40%: Factores como la dieta, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y otras conductas de salud tienen un impacto directo en el bienestar físico y mental.
- Entorno físico y ambiental, 10-20%: La calidad del aire y del agua, la seguridad del vecindario, la vivienda y las condiciones de trabajo afectan la salud a través de la exposición a riesgos y recursos disponibles en el entorno.
- Sistema de salud, 10-20%: La calidad, accesibilidad y eficiencia de los servicios de salud son cruciales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, así como para la promoción de la salud.
- Factores genéticos y biológicos, 10-15%: La predisposición genética y otros factores biológicos también influyen en la salud, aunque en menor medida en comparación con los factores socioeconómicos y de comportamiento.

Las condiciones anteriores pueden ser notoriamente diferentes según subgrupos de una población y pueden dar lugar a grandes diferencias en los resultados en materia de salud. Si es inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, se consideran desigualdades. En cambio, si estas diferencias resultan innecesarias, evitables e injustas, se consideran inequidades en salud<sup>37</sup>.

Las personas privadas de libertad suelen estar más expuestas a enfrentar una serie de desafíos relacionados con su salud, que están influenciados por los siguientes determinantes de salud:

- Factores socioeconómicos: Las personas encarceladas suelen provenir de entornos socioeconómicos desfavorecidos. La pobreza, la falta de educación y el desempleo son factores comunes que contribuyen a la criminalidad y, por ende, a la privación de libertad. Estos factores también afectan negativamente la salud de las personas<sup>38</sup>.
- Condiciones de vida en prisión: Las condiciones de vida en las cárceles pueden ser extremadamente duras y pueden afectar negativamente la salud física y mental de las/os reclusas/os. El hacinamiento, la mala nutrición, la falta de acceso a atención médica adecuada y la violencia dentro de las prisiones son factores críticos<sup>39</sup>.
- Salud mental: La privación de libertad está asociada con altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y otros trastornos mentales. La falta de apoyo social y la separación de la familia y la comunidad agravan estos problemas<sup>40</sup>.

---

<sup>37</sup> Arcaya M.C., Arcaya A.L., Subramanian S.V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 8:27106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

<sup>38</sup> Wildeman, C., Muller, C. (2012). Mass imprisonment and inequality in health and family life. *Annual Review of Law and Social Science*, 8, 11-30.

<sup>39</sup> Fazel, S., Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956-965.

<sup>40</sup> Prins, S.J. (2014). Prevalence of mental illnesses in US State prisons: A systematic review. *Psychiatric Services*, 65(7), 862-872

- Acceso a servicios de salud: El acceso a servicios de salud dentro de las cárceles es a menudo limitado. Esto incluye tanto la atención médica general como el tratamiento especializado para enfermedades crónicas y problemas de salud mental<sup>41</sup>.

Estos factores y condiciones dan cuenta de cómo los determinantes de la salud interactúan y se afectan por la privación de libertad, creando un ciclo de desigualdades e inequidades en salud que puede ser difícil de romper. Asimismo, en particular ante un diagnóstico de multimorbilidad crónica, el estado de salud se relaciona con determinantes intermedios que influyen de manera negativa. Para ello, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Factores biológicos y genéticos: Incluyen la herencia genética, la edad, el sexo y otros factores biológicos que pueden predisponer a una persona a ciertas condiciones de salud o enfermedades.
- Estilo de vida y comportamiento: Incluye hábitos personales como la dieta, el ejercicio físico, el consumo de alcohol, el tabaquismo y el uso de drogas, que pueden tener un impacto significativo en la salud.
- Entorno social: Las relaciones sociales, el apoyo social, la educación, el empleo, los ingresos y el estatus socioeconómico son factores que influyen en la salud. Un entorno social positivo puede mejorar la salud, mientras que un entorno social negativo puede ser perjudicial.
- Entorno físico: Incluye factores como la calidad del aire y del agua, la vivienda, las condiciones de trabajo y la seguridad del lugar en que se vive. Un entorno físico saludable puede promover la salud, mientras que un entorno físico deteriorado puede aumentar el riesgo de enfermedades.
- Acceso a servicios de salud: La disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud, incluyendo la atención médica preventiva, el diagnóstico y el tratamiento, son cruciales para mantener y mejorar la salud.

## Metodología y objetivos del informe

El presente informe utiliza una metodología cualitativa a través del estudio de caso, donde a partir de la descripción detallada de la privación de libertad de una persona en larga estadía en el Hospital Penitenciario, se busca profundizar sobre factores de riesgos de tortura y/o tratos crueles, inhumanos y degradantes. Para el levantamiento y análisis de información, se recurrió a fuentes primarias y secundarias; sobre las primeras, estas fueron obtenidas a través de la realización de una visita de monitoreo el día 04 de septiembre del 2024, en que se aplicaron las siguientes técnicas: entrevistas semiestructuradas individuales, observación de espacios, dinámicas y la revisión documental del caso y registros asociados. En cuanto a las fuentes secundarias, esta estuvo centrada en el análisis de contenido normativo y de antecedentes socio-jurídicos.

Así, el objetivo de este informe es identificar factores de riesgo presentes en el caso de una persona recluida en el Hospital Penitenciario bajo condiciones de privación de libertad que podrían significar un trato y/o pena cruel, inhumana y degradante. En tanto, los objetivos específicos propuestos dicen relación con los siguientes:

1. Describir la situación de salud física y mental y el impacto de la privación de libertad en el caso de estudio.
2. Describir el régimen de privación de libertad y hospitalización en el caso de estudio.

---

<sup>41</sup> Dolovich, S. (2011). Cruelty, prison conditions, and the Eighth Amendment. *New York University Law Review*, 84(4), 881-979

3. Identificar y analizar el nivel de cumplimiento de los antecedentes del caso con los estándares internacionales de derechos humanos sobre las condiciones de discriminación interseccional que están presente en el caso.
4. Proponer recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la materia.

## **Antecedentes del caso**

### **1. Situación general de privación de libertad.**

El caso que se analiza se trata de una mujer de 66 años, que se encuentra condenada a dos penas privativas de libertad: 10 años y un día de presidio mayor en su grado medio y 3 años y un día de presidio menor en su grado máximo. Ambas penas resultaron aplicables a causa del delito de tráfico ilícito de drogas.

Según los registros de Gendarmería de Chile, se dio inicio a la condena el día 07 de agosto del año 2018, con fecha de término el 17 de noviembre del año 2030. Teniendo en cuenta esta condena, el tiempo mínimo para postular a beneficios penitenciarios se cumplen el día 17 de julio del año 2025 y para postular a la libertad condicional, el 17 de julio del año 2026. A la fecha, lleva más de 6 años privada de libertad, faltando un tiempo equivalente para cumplir el tiempo total de condena.

Al momento de decretarse el ingreso por parte del Juzgado de Garantía respectivo el año 2018, se ordena su traslado al Hospital Penitenciario como parte del Centro de Detención Preventiva Santiago Sur. De los antecedentes judiciales, se observa que en la audiencia de control de detención y la posterior formalización, la persona presentaba problemas de salud, que la tenían hospitalizada en el Hospital Barros Luco Trudeau.

De la revisión de los antecedentes judiciales del caso, se observa que en reiteradas oportunidades se ha recurrido a la justicia mediante cautela de garantías, que datan desde el año 2019 al año 2023, con el objeto de tutelar su derecho a la vida y a la salud. En la causa, constan varios informes médicos que evidencian su delicado estado de salud, en los que se informan descompensaciones y se solicita insistentemente atenciones con especialistas. Estas solicitudes no se materializan, por lo que el Tribunal incluso ha pedido cuenta bajo apercibimiento de desacato.

Asimismo, la Defensoría Penal Pública, el año 2020 en contexto de pandemia, solicitó la sustitución de la pena privativa de libertad por arresto domiciliario mediante amparo ante Juez de Garantía (de conformidad al artículo 95 del Código procesal Penal), siendo denegada esta solicitud.

Por último, con fecha 8 de junio del año 2023, se presentó el beneficio de indulto particular por parte de la Defensoría Penal Pública, la cual fue rechazada en virtud del Artículo 4°, Letra e, de la Ley N° 18.050 de 1981 “Que fija las normas generales para conceder los indultos particulares”, y que establece que “se denegarán las solicitudes tanto de reincidentes como las de aquellas personas condenadas por el delito de tráfico de estupefacientes cuando no hubieran cumplido a lo menos, dos tercios de la pena”.

### **2. Situación de salud física observadas**

El Hospital Penitenciario está compuesto por tres servicios: Cirugía, Medicina y Urgencia. La persona mayor privada de libertad se encuentra hospitalizada en el servicio de Medicina.

El CPT visitó el lugar el día 04 de septiembre de 2024, en ese momento se encontraban 17 personas hospitalizadas en el servicio de Medicina del Hospital Penitenciario. Sin desmedro de que esta persona mayor haya estado internada en esa unidad hospitalaria penal fundamentalmente desde los inicios de su



cumplimiento de condena, su última fecha de reingreso al Hospital Penal data del 17 de marzo del año 2023, tras haber sido derivada durante un periodo desde el Hospital Penal a un Establecimiento de la Red Pública Asistencial de Salud, debido a una complicación de una de sus patologías que la afectan, llevando, por lo tanto, 534 días seguidos con ocupación de cama en dicha unidad de salud. Una/un funcionario/o de salud entrevistada/o señala que se encuentra internada en el Servicio de Medicina, puesto que la unidad penal **no cumple con las condiciones mínimas de atención de salud que esta persona requiere.**

Tal como se ha adelantado, en el caso en cuestión, se trata de una mujer, adulta mayor oxígeno dependiente de larga estadía en el Hospital Penitenciario, que se encuentra hace 6 años y fracción en esta unidad penal. Debido a su largo periodo de internación, el personal de salud del Hospital Penitenciario está familiarizado con ella y conoce en detalle su situación de salud. Actualmente, recibe oxígeno desde una conexión a la pared de su habitación, restringiendo drásticamente sus posibilidades de movimiento. Si bien, existe la posibilidad de utilizar un tubo de oxígeno portátil, la capacidad de almacenamiento de este equipamiento permite el suministro de oxígeno sólo entre 2 a 5 horas máximas (dependiendo la capacidad de almacenamiento del tanque), por lo que su uso es poco factible por cuestiones de recursos y las posibilidades reales

La persona se desplaza con dificultad, sólo para realizar acciones de eliminación de deposiciones o de micción, acompañada de una ayuda externa y siempre apoyada por el oxígeno. De la revisión de los antecedentes y fichas médicas, se concluye que presenta los siguientes diagnósticos:

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave (EPOC) con FEV1 33%.
2. Hipertensión arterial (HTA)
3. VIH en tratamiento antirretroviral.
4. Dislipidemia.
5. Artrosis columna lumbar.
6. Neuropatía de extremidades inferiores.
7. Cefalea recurrente.
8. Prolapso uterino.

Esta persona está bajo tratamientos farmacológicos prescritos debido a la multimorbilidad crónica y que implica la administración de 19 medicamentos. A mayor abundamiento, según informe del Servicio Médico legal de fecha 26 de septiembre de 2022, realizado a propósito de una solicitud de indulto particular, señala:

*Las patologías son de curso crónico y con tendencia a condicionar lesiones secundarias en otros segmentados orgánicos o a facilitar la presencia de infecciones u otro tipo de complicaciones, algunas de ellas de gravedad y de curso ominoso. (...) La interna requiere un alto nivel de apoyo y asistencia para actividades simples de la vida, condición que se puede esperar sean cada vez más demandantes.*

Además, el propio informe agrega que su estado de salud ha ido empeorando en relación a la evaluación anterior, realizada 2 años antes a la presentada. Al respecto, según los relatos recogidos en la visita realizada por el CPT, se da cuenta de que el estado de salud desmejorado de la persona: *“decae porque se resfría. Eso hace que empeore en cuanto a su salud. Se le obstruyen los pulmones y le cuesta respirar (...) recuerdo que hizo un episodio como aproximadamente de 10 días, que ella estuvo muy muy mal y yo de verdad pensé que se iba a morir porque yo la veía muy mal así”*(Funcionario/a).

Cabe destacar que las condiciones materiales del lugar en que vive (un recinto hospitalario), es en sí mismo un espacio que presenta riesgos, tanto para la salud física como para la salud mental. La literatura describe algunos de ellos, tales como:

- Infecciones nosocomiales, es decir infecciones adquiridas en el hospital, pues son lugares en donde hay una alta concentración de personas con enfermedades infecciosas<sup>42</sup>.
- Efectos psicológicos y emocionales: Las estadías prolongadas pueden tener efectos negativos en la salud mental y emocional de una persona<sup>43</sup>.
- Falta de ejercicio físico y movilidad: el sedentarismo es un factor de riesgo para complicaciones de salud adicionales, tales como atrofia muscular, trombosis venosa profunda, obesidad, entre otras<sup>44</sup>.
- Nutrición y dieta inadecuada: La alimentación en un recinto hospitalario puede no ser óptima para todas las necesidades dietéticas, e incluso llevar a problemas nutricionales<sup>45</sup>.
- Sobrecarga sensorial y perturbaciones del sueño: El ambiente hospitalario, con luces brillantes, ruidos constantes y actividad incesante, puede afectar el sueño y el descanso; así se pueden provocar trastornos del sueño, fatiga crónica, por lo tanto, una mayor susceptibilidad a infecciones y estrés<sup>46</sup>.
- Dependencia y pérdida de autonomía: estar en un entorno hospitalario puede fomentar la dependencia y disminuir la capacidad de una persona para realizar actividades diarias de manera independiente<sup>47</sup>.
- Exposición a procedimientos médicos innecesarios: La presencia constante en un hospital puede llevar a una mayor probabilidad de sometimiento a pruebas y procedimientos médicos innecesarios<sup>48</sup>.

Todos los riesgos señalados contribuyen a agravar el cuadro clínico de multimorbilidad crónica que presenta esta persona mayor privada de libertad. Al respecto, cabe hacer notar que estos riesgos ya se han materializado durante el cumplimiento de su condena al interior del Hospital Penal. En diversas oportunidades, esta persona ha padecido procesos infecciosos, como contagio de Covid-19, bronquitis y neumonía, que han afectado gravemente su salud, y que su caso, implica altos riesgos de degradación de su estado de salud, que podrían llegar a implicar un riesgo vital. En tal sentido, en consecuencia de su

---

<sup>42</sup> Magill, S.S., et al. (2014). Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *New England Journal of Medicine*, 370(13), 1198-1208.

<sup>43</sup> Van de Haar, M.M., et al. (2015). The prevalence and correlates of depressive symptoms in patients in a general hospital setting: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 536-541.

<sup>44</sup> Braun, J.F., et al. (2016). The effect of early mobilization on critically ill patients in the intensive care unit: A meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 44(4), 742-751.

<sup>45</sup> Correia, M I.T.D., Waitzberg, D.L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22(3), 235-239.

<sup>46</sup> Cicek, H.S., et al. (2017). Sleep disturbances in hospitalized patients and their relative contributions to the development of delirium: A prospective study. *General Hospital Psychiatry*, 45, 55-60.

<sup>47</sup> Boyd, C.M., et al. (2008). Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2171-2179.

<sup>48</sup> Sirovich, B.E., et al. (2008). Too Little? Too Much? Primary Care Physicians' Views on US Health Care. *JAMA*, 289(4), 435-441.



patología respiratoria de base (EPOC), además de su condición inmunológica, se encuentra más propensa a padecer infecciones respiratorias a repetición o exacerbación del EPOC. Para ello, se le controla con antibióticos y aumentando las dosis de inhaladores, además de controles broncopulmonares de manera relativamente periódica en el Hospital Barros Luco. Sin embargo, es importante destacar los riesgos específicos que enfrentan las personas con inmunosupresión durante la hospitalización debido a su sistema inmunológico debilitado: **infecciones asociadas a la atención médica, resistencia antimicrobiana, complicaciones postquirúrgicas, aislamiento y efectos psicológicos, entre otras. Estos riesgos son persistentes en la situación del caso analizado, pues la persona está en hospitalización permanente.**<sup>49</sup>

En este orden de ideas, una/un funcionaria/o entrevistada/o describe su funcionalidad (es decir, su capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente) como dañada y limitada por el régimen hospitalario, al no poder salir de la habitación, hacer ejercicio, ni estar bajo luz natural en ningún momento, entre otros factores. Asimismo, estima que, a medida que han transcurrido los años, la interna está somatizando más sus enfermedades, y sufre de un problema de origen reumatológico, que si bien no está diagnosticado, es perceptible por las dolencias y síntomas que presenta, concluyendo que es probable que sufra de fibromialgia. Aunado a esto, por su cuadro de hipertensión y la dislipidemia que presenta, su estado nutricional cobra una importancia fundamental y presenta sobrepeso.

Relativo a los determinantes sociales, se puede constatar que las condiciones de vida en las cuales se encuentra esta persona privada de libertad no facultan diferentes elementos que podrían facilitar la estabilidad de los múltiples cuadros clínicos que padece. En efecto, considerando su estado de salud y diagnósticos, existen una serie de aspectos, indicaciones, recomendaciones y requerimientos, que dicen relación con determinantes sociales intermedios, y que resultan poco factibles de poder ser seguidos en las condiciones señaladas, entre ellos:

- Mantener un estilo de vida saludable (multimorbilidad),
- Educación y apoyo comunitario (EPOC, VIH),
- Mantener un peso saludable (HTA, dislipidemia, artrosis, prolapso),
- Alimentación y dieta saludable y equilibrada (HTA, VIH, dislipidemia, neuropatía),
- Actividad física regular (HTA, VIH, artrosis, neuropatía),
- Aumentar la actividad física (HTA, VIH, dislipidemia),
- Manejo y control del estrés (HTA, VIH, cefaleas, prolapso),
- Evitar infecciones (VIH, EPOC),
- Postura y ergonomía (artrosis),
- Ejercicios de flexibilidad y estiramiento (artrosis),
- Rutinas del sueño (cefaleas),
- Identificar y evitar desencadenantes de cefaleas,
- Medicación preventiva de cefaleas,
- Atención médica preventiva (artrosis),
- Rutinas del sueño (cefaleas),
- Manejo del estreñimiento (prolapso),
- Suplementos y vitaminas (VIH, neuropatía),
- Ejercicios del suelo pélvico (prolapso),
- Tratamiento hormonal (prolapso),
- Uso de pesarios (prolapso)

---

<sup>49</sup> Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis Allegranzi, Benedetta et al. The Lancet, Volume 377, Issue 9761, 228 - 241

- Atención médica especializada kinesiológica y ginecológica (prolapso).

En efecto, si bien la internación en el Hospital Penal puede garantizar un cierto acceso a atención de salud, el entorno, las condiciones materiales y el régimen de actividades no presentan las adecuaciones necesarias. El caso presentado es un claro ejemplo de la influencia de los determinantes sociales con repercusiones en la mantención del estado de salud de la persona, ya que da cuenta precisamente de la manera en que las condiciones de vida le afectan y empeoran su salud física y mental.

Con relación al **acceso a la salud** y a las atenciones recibidas en el Hospital Penitenciario mismo, a partir de la revisión de sus antecedentes clínicos, se constata que puede ser atendida por kinesiólogo/a en caso de que su cuadro respiratorio se agrave, y se observa que estas atenciones ocurren prácticamente todas las semanas en el mes de agosto del presente, lo cual muestra una necesidad recurrente al respecto. Además, en caso de descompensación o agravación de una patología o dolencia, puede recibir atención médica 24/7, lo cual es imposible en un módulo de recinto penal. Respecto a las derivaciones para atención a especialistas en la Red de Salud, se puede advertir que la persona mayor ha tenido diversas dificultades para acceder a otros tipos de atención de salud especializada, registrándose solicitudes a especialistas de broncopulmonar (desde el 2018), de reumatología (desde el 2021) y de ginecología (desde el 2020). Se verificó que, finalmente, luego de estas solicitudes pendientes, se obtienen citas durante septiembre del presente para especialistas broncopulmonar y en infectología, sin que aparezcan antecedentes de solicitudes a otras especialidades en el presente.

En cuanto a la atención ginecológica, se le ha realizado un PAP y una ecografía mamaria, cuyo resultado requiere mayor estudio por la presencia de nódulos. Se encuentra a la espera de una interconsulta a Patología mamaria en el Hospital Barros Luco, orden que no había llegado a la fecha de la última visita del CPT. Respecto al prolapso (uterino), ha sido atendida por una/un uróloga/o y no se recogieron más antecedentes. Sufre además de incontinencia urinaria, no recibe atención kinesiológica al respecto y se le prescribió un tratamiento farmacológico, medicamento que no le es administrado de forma regular en Hospital Penal debido a la falta de recursos.

Otro aspecto primordial radica en la capacidad del Hospital Penitenciario para brindar una atención médica y de salud adecuada. En este precario escenario, pacientes de larga estadía como la en comento, implican una sobrecarga para los equipos de salud, puesto que la dotación de personal es reducida, contando con sólo una/un paramédica/o por turno y por servicio, cuando se necesitaría tener al menos dos, a fortiori cuando existe internación de personas postradas, con la atención que esto requiere, además de todos los procedimientos a realizar diariamente, tales como administración de medicamentos endovenosos, subcutáneos, control de signos vitales, toma de exámenes, aseo y confort de las pacientes, etc. Y si bien, los insumos serían suficientes, algunos medicamentos están sin stock (por ejemplo: paracetamol, pregabalina), a pesar de que las personas hospitalizadas padecen patologías con dolores crónicos. Es el caso de tres de los fármacos que la persona en comento requiere, uno de éstos debe ser comprado con sus propios recursos, es decir con su pensión, a la cual no ha accedido regularmente por problemas administrativos para concretar servicios notariales, no pudiendo, por lo tanto, obtener dichos medicamentos.

La propia institución de Gendarmería de Chile ha manifestado que el Hospital Penal no es bajo ninguna circunstancia apto para el cumplimiento de la pena de una persona con estas patologías. Por otra parte, es de especial preocupación para el CPT que Gendarmería estaría contemplando y gestionando el traslado de esta persona mayor privada de libertad presentando multimorbilidad a un CPF, al estimar que podría tener mayor posibilidad de movimiento y desplazamiento en una unidad penal de estas características. En tal hipotético caso, el Hospital de la Red de Salud donde en ella se trata es quien debería abastecer a esta persona de oxígeno. Se considera que la alta fragilidad de su condición de salud comporta riesgos que pueden agravarse en un establecimiento penal, considerando además las críticas

condiciones de habitabilidad, higiene y salubridad que presentan dichas unidades como un problema transversal del dispositivo carcelario en Chile. Además cabe considerar los riesgos en el manejo que implica un dispositivo de oxígeno en un recinto penitenciario.

### **3. Afectaciones de salud mental observadas en el caso**

Al momento de la visita, la persona mayor se encuentra sentada al lado de su cama, recibiendo al equipo del CPT de manera amable, recordando la visita que se realizó con anterioridad en donde también se conversó con ella. Se muestra receptiva ante la explicación de los objetivos de la actual intervención, abierta al diálogo, y profundizando en los distintos tópicos abordados.

En cuanto a su estado mental, denota una adecuada orientación espacial, reconociendo el lugar en que se encuentra, describiendo el espacio dentro de la habitación y fuera de ésta. Respecto a su orientación temporal, ésta se aprecia alterada, teniendo dificultades en recordar fecha, mes y estación del año.

Su estado de alerta se aprecia funcional, logrando mantener su atención y conexión durante la entrevista en todo momento. Según refiere, ocupa su tiempo en actividades como pintar mándalas, tejer y realizar sopas de letras, actividades que, si bien permiten mantener activamente sus habilidades de concentración, son precarias y no logran contrarrestar los efectos de la prisionización. En este sentido, aunque existen deterioros atribuibles al avance de edad y condiciones de vida, éstos se ven agudizados ante el encierro y la ausencia de actividades estimulantes; de acuerdo a distintos estudios, entre ellos los planteados por Pascual, Barlés, Laborda y Loren (1998), las personas mayores están mayormente propensas a desarrollar enfermedades o afección en la cognición, riesgo que aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes<sup>50</sup>.

En concordancia con lo expresado anteriormente, se constata una fluctuación en la motivación por actividades satisfactorias – por ejemplo tejer – teniendo momentos de desinterés y apatía, situación que le afecta anímicamente.

En cuanto a su memoria, según reporta, persiste un deterioro progresivo, lo que genera malestar general y temor por una pérdida mayor en sus habilidades para recordar.

En el plano socioemocional, se observan manifestaciones de ansiedad, expresadas en pensamientos persistentes respecto a su vida fuera de prisión, desmotivación, alteración en la conciliación del sueño y onicofagia -comerse las uñas de manera persistente-. Todo ello genera malestar y cansancio, situación que se prolonga e interfiere en su proyección futura. Al respecto, funcionarios penitenciarios entrevistados en el caso, señalan lo siguiente: *“está decaída, sin ánimo, no se quiere levantar, dice que le duele todo el cuerpo” (Funcionaria/o).*

Considerando el régimen de actividades precario y la restricción de movimiento dada su enfermedad respiratoria crónica, generan un mayor detrimento en su estabilidad emocional y especialmente en su autoimagen y su capacidad de sostener su identidad en un ambiente ajeno y totalizante, situación que en ella se torna especialmente grave, dada la necesidad de contar con proyectos y objetivos para su proceso de envejecimiento. En este sentido, en consideración a las necesidades que presenta su etapa de vida, el encarcelamiento afecta significativamente la posibilidad de proyectarse fuera de prisión, interfiriendo en procesos de reinserción y especialmente en otorgar perspectivas de continuidad vital, donde las posibilidades de desarrollo de su ciclo vital se tornan estáticas y limitantes. Se observan sentimientos depresivos, tales como tristeza, desánimo, ideas negativas sobre sí misma.

---

<sup>50</sup> Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 11.

Sumado a lo anterior, dada la fragilidad que genera su condición de oxígeno dependiente y el entorno carcelario, promueve en la persona mayor privada de libertad una sensación de peligro que profundiza en su autonomía, por lo cual siente temor en instancias que sale al pasillo o que desea realizar un llamado telefónico. Al no contar con un espacio que brinde un mínimo de autonomía en su desplazamiento, interfiere en su sentimiento de eficacia, gestionar sus necesidades y de poder relacionarse con el medio. **Esto se agrava dado que pasa la mayor parte de su tiempo sin recibir luz solar. Lo anterior origina que en instancias en que debe salir del Hospital Penitenciario para realizarse exámenes médicos, la luz del sol le genera un fuerte impacto: al relatarlo, manifiesta conducta analógica tapándose la cara.**

Otro elemento a relevar, se relaciona con la restricción de sus vínculos, donde si bien recibe visitas de familiares, tales instancias le generan una mayor tristeza, dado el limitado contacto con éstas en las condiciones materiales ya señaladas. En ello, es posible observar un progresivo alejamiento y desvinculación. Los años que ha permanecido recluida en las condiciones que se encuentra, perturban su capacidad para identificarse con algún grupo y mantener un sentimiento de pertenencia, especialmente en cuanto a su identidad social<sup>51</sup>, situación que la llevan a experimentar sentimientos de desapego y enajenación de sus vínculos relevantes.

Sin perjuicio de que menciona que ha establecido vínculos con algunas/os funcionarias/os, lo que le otorga una sensación de respeto y cuidado, éste se enmarca dentro de las funciones de custodia, sin que se configuren como vínculos profundos.

Todo lo anteriormente señalado, da cuenta de que las condiciones en que se encuentra cumpliendo condena han generado un deterioro progresivo en su estado cognitivo y socioemocional, lo que se ve especialmente agudizado por su etapa vital. Esto se condice con la que observan los funcionarios penitenciarios que interactúan de forma permanente con la paciente: *"hay un deterioro emocional, a veces está como deprimida, lo veo en ella."* (Funcionaria/o).

#### **4. Régimen de privación de la libertad y hospitalización**

Con anterioridad, el CPT ya había dado cuenta de la situación de esta persona mayor en el Informe de Visita al Hospital Penitenciario de C.D.P Santiago Sur<sup>52</sup> en febrero de 2023. Este informe contiene una serie de hallazgos que son relevantes a tener presente en el caso en concreto, y que evidencian que el Hospital Penitenciario no es un lugar adecuado ni para el cumplimiento de la condena de una persona con patologías de salud crónicas, ni tampoco para dar respuesta a sus necesidades de salud. El mismo documenta el funcionamiento de este servicio de salud, donde opera un sistema que realiza la atención de casos graves y generalmente producto de riñas en los establecimientos, en desmedro de la obtención de diagnósticos médicos, acceso a exámenes, tratamientos y controles con médicos especialistas. Asimismo, se constatan diversas deficiencias relacionadas al acceso de servicios médicos básicos, retrasos en las interconsultas y falta de dotación de personal de salud. Particularmente sobre las condiciones de hospitalización, los hallazgos del monitoreo se pueden sistematizar de la siguiente manera:

1. Graves problemas en la infraestructura del establecimiento debido a su antigüedad.
2. Falencias en 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 y ventilación.

---

<sup>51</sup> Identidad social, definida por Tajfel (1959) como *"esa parte del autoconcepto del individuo que se deriva del conocimiento de pertenencia a grupos sociales, junto con el valor significativo otorgado a esa pertenencia."*

<sup>52</sup> Informe disponible en el siguiente enlace:

<https://mnpt.cl/wp-content/uploads/2023/03/Informe-de-Visita-Hospital-Penitenciario.pdf>

3. La falta de espacios para realizar rehabilitación, revisar casos privados -ya sean de abuso de salud mental- o acceso a áreas verdes.
4. Finalmente, con el pasado incendio se develó la falta de mecanismos y/o protocolos de evacuación ante las diversas catástrofes a las que podrían estar expuestos

Para el caso de estudio, en el momento de la visita al Hospital Penitenciario el año 2022, se solicitó mediante oficio a Gendarmería de Chile evaluar el acceso a provisión de oxígeno portátil para conseguir un desplazamiento que fuese digno y humano. A esa fecha, la respuesta al CPT fue que se disponía de un tubo de oxígeno portátil, sin embargo, la capacidad de almacenamiento de oxígeno portátil permite un suministro breve, por lo que su uso es poco factible por cuestiones de recursos.

A continuación, se describen los hallazgos de las condiciones de privación de libertad que fueron observadas y levantadas en la visita realizada el 04 de septiembre del 2024. Tales hallazgos dicen relación con: condiciones de habitabilidad, régimen de actividades y uso del tiempo, contacto con el mundo exterior y acceso a la justicia.

#### **a) Condiciones de habitabilidad**

La persona se encuentra recluida en una sala común denominada “Sección Femenina” ubicada en el primer piso al final del pasillo principal del Hospital Penitenciario. El tamaño observable de la habitación es de 6,5 mts por 5,8 mts. La capacidad de este dormitorio es de 7 camas; si bien no se observa una sobreocupación, ello debe ser analizado desde una perspectiva más amplia, en la comprensión de que este es el único espacio que habitan las personas allí recluidas. Al momento de la visita, se encontraba un total de 4 mujeres privadas de libertad provenientes de las unidades penales femeninas de la Región Metropolitana: una persona con una grave infección, otra paciente que ha tenido múltiples accidentes cerebrovasculares y con muy poca movilidad, y una por problemas de presión.

*Fotografía 1. Pasillo primer piso Hospital Penitenciario*



*Fotografía 2. Ingreso a Sección Femenina.*

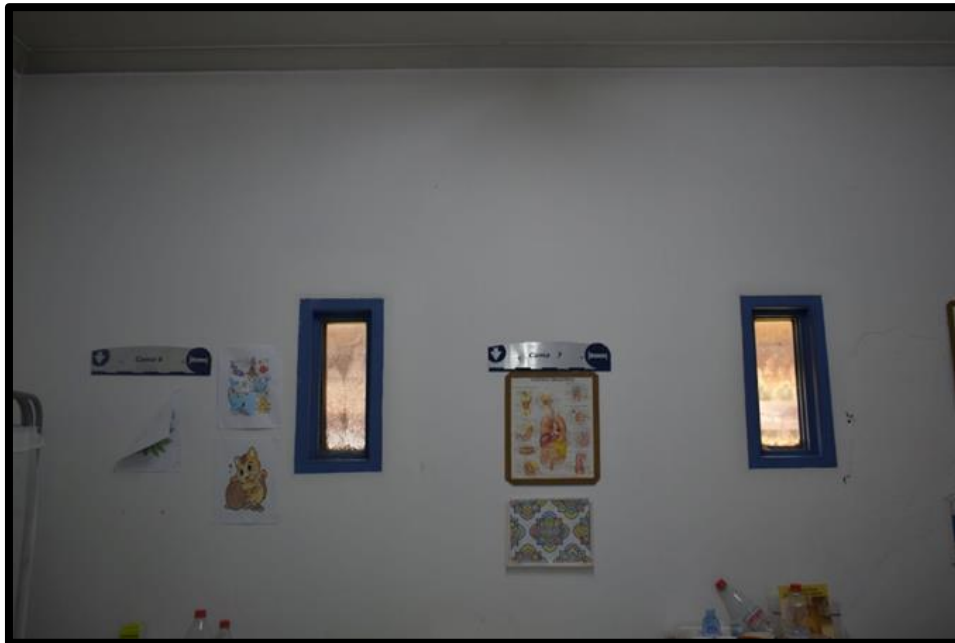


La habitación cuenta con ventanas de forma rectangular que no permiten el ingreso de luz natural ni la posibilidad de una ventilación adecuada. Lo anterior, se identifica como uno de los aspectos más problemáticos en las condiciones de privación de libertad y genera un impacto directo en la salud mental



de las personas que están reclusas en esta sección del recinto. Al respecto, la persona entrevistada relata que en ocasiones no logra diferenciar el día de la noche, ya que durante horario nocturno se proyecta una luz similar a causa de la garita de seguridad perimetral: *“A veces nos cuesta diferenciar porque como están los reflectores, los focos, porque hay garita ahí, entonces en la mañana cuando está claro pero en la noche igual.”*

Fotografía 3. Ventanas del dormitorio Sección Femenina del Hospital Penitenciario.



El dormitorio de la Sección Femenina cuenta con servicios de aseo, con inodoro, ducha, lavamanos y piso de cerámica. Se describe acceso a agua caliente para ducha y lavamanos. Este baño **no tiene acceso universal y carece de elementos de apoyo como barras o implementos antideslizantes que permitan adaptarse a las capacidades físicas de las personas reclusas, atendiendo sobre sobre las dificultades de movilidad a causa de la edad y patologías de salud.**

Fotografía 4. Ducha baño compartido de la Sección Femenina



Fotografía 5. Inodoro y lavamanos de Sección Femenina.



El dormitorio cuenta con calefacción central empotrada a la pared. La persona entrevistada describe que la temperatura en general es adecuada y que se mantiene cálida, ya que la puerta de la sección permanece cerrada.

La alimentación está dividida en cuatro horarios: desayuno, almuerzo, cena y colación de tarde-noche. En general, esta dimensión es valorada de manera positiva, considerando que contempla porciones que incluyen frutas y verduras. También, se adecúa a las diferentes dietas de acuerdo a las condiciones de salud.

Por último, los artículos de higiene y aseo personal, son proporcionados por parte de la familia y en algunos casos, donado por funcionarios civiles que trabajan en el hospital y organizaciones religiosas, como asistente social y pastoral respectivamente. Lo mismo sucede con la ropa de abrigo de cama o vestimenta personal.

A partir de lo descrito, es importante dejar por establecido que según los estándares internacionales de derechos humanos, las personas privadas de libertad deben disponer de espacio suficiente, exposición diaria a la luz natural, ventilación, calefacción apropiadas, teniendo en cuenta las condiciones climáticas del lugar (Principio XII. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas). Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que:

la falta de luz y ventilación adecuadas, pueden ser en sí mismas violatorias del Artículo 5 de la Convención Americana, dependiendo de la intensidad de las mismas, su duración y las características personales de quien las sufre, pues pueden causar sufrimientos de una intensidad que exceda el límite inevitable de sufrimiento que acarrea la detención, y porque conlleva sentimientos de humillación e inferioridad<sup>53</sup>.

## **b) Régimen y actividades**

La sección femenina del Hospital Penitenciario, está a cargo de solo una funcionaria penitenciaria de trato directo, quien realiza rondas permanentes y asiste a las internas en lo que se requieran. La jornada laboral de la funcionaria es de Lunes a Viernes de 8:15 a 18:00 horas. Ahora bien, del monitoreo realizado, se recoge información sobre un déficit de personal penitenciario que se agudiza en el caso de personal femenino. En la actualidad, no hay personal que cubra el horario nocturno y de fin de semana para esta Sección: *"Preocupa si hubiera una emergencia, porque son pacientes de tercera edad. Yo me pregunto, ¿Qué pasaría si hubiera un incendio o un terremoto? (...) como no hay nadie, puede pasar cualquier cosa. Se podrían desmayar"* (Funcionario/a).

La rutina diaria en la Sección Femenina del Hospital Penitenciario consiste en la siguiente: entre 8:15 y 8:30 llega el/la funcionaria/o a cargo para pasar cuenta y se encienden las luces. A las 09:30 se sirve el desayuno. A eso de las 12:00-12:30 entregan el almuerzo y entre las 16:30 y 17:00 horas, la cena (todo ello ocurre en el mismo dormitorio). Además, se realizan controles de salud periódicos durante el horario nocturno, para controlar, entre otros, los signos vitales.

En el monitoreo realizado previamente al Hospital Penitenciario el año 2022, se constataron casos de pacientes de larga estadía (más de un año) que no accedían a ningún tipo de actividad educacional o recreacional desde el inicio de la pandemia. Lo anterior también fue observado en dicha instancia sobre

---

<sup>53</sup> Caso Díaz Peña Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de junio de 2021; Caso J. Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013, párr. 372.

el caso en comento: la persona mayor no tenía salida al patio, no contaba con plan de intervención individual y no realizaba ningún tipo de actividad recreativa o del uso del tiempo.

A partir del monitoreo realizado en septiembre del 2024, se observa una situación similar a la descrita previamente, que consiste en un régimen de privación de libertad que no incluye actividades de reinserción ni horas de patio al aire libre. Sobre las actividades disponibles para el uso del tiempo, la persona entrevistada señala que su rutina consiste en *“levantarse, hacer la cama, ordenar el espacio, ducharse con agua caliente, sentarse, se peina, después de almuerzo deja la bandeja ahí y eso es lo que hace (...) me aburro, pierdo la paciencia, por eso de repente colapso”* (PPL). Sin perjuicio de ello, se levanta información relativa a la realización de actividades informales como tejer y colorear mandalas. Las escasas actividades a las que tiene acceso, se desarrollan en el mismo dormitorio donde pernocta. Por otra parte, los días martes y miércoles asisten voluntarias de la pastoral católica y/o evangélica con las cuales puede conversar y pasar el tiempo. Tampoco se realizan ejercicios físicos y sólo existe una bicicleta estática que es compartida por las reclusas que se encuentran en la Sección. Por último, el personal penitenciario a cargo señala que esta población penal no tiene oferta educativa ni la posibilidad de contar con un plan de intervención individual.

Asimismo, la imposibilidad de acceder al aire libre y a luz natural, es uno de los aspectos más críticos que se observan. La persona entrevistada señala sentir una afectación generalizada por no poder pasar tiempo al aire libre. Destaca que esto es indispensable para su bienestar y considerando su situación de salud: *“todos los seres humanos tenemos que tomar sol, más que una persona que tiene problemas pulmonares, esa es la vitamina D”* (PPL). Según la información recogida, esta opción es limitada por la cantidad de ingresos de población penal masculina a la unidad de salud que podrían poner en riesgo la integridad de las reclusas y a causa del déficit de dotación de personal penitenciario que pueda realizar labores de custodia mientras está en el exterior.

En cuanto a la posibilidad de desplazamiento, tanto la patología de salud como la falta de condiciones de infraestructura adecuadas del recinto, solo permiten una movilidad de 2 metros aproximadamente dentro de la habitación de la Sección Femenina. Al respecto, existe una incapacidad del lugar para asegurar el uso de un cilindro de oxígeno móvil, el que presenta riesgos evidentes, como por ejemplo, el ser altamente inflamable. Ahora bien, la única manera para salir al exterior es para realizar llamadas telefónicas, caminar por el pasillo o asistir a una cita médica: *“Cuando salen al exterior de la sala, lo más lejos que pueden ir es a hablar por teléfono, que van por el pasillo y se dirigen hasta la guardia. Y cuando salen a alguna hora médica a algún centro asistencia”* (Funcionario/a). Lo anterior, al igual que lo señalado en el párrafo precedente está sujeto a la cantidad de población penal masculina que esté transitando en el lugar, que pueda poner en riesgo la integridad o seguridad de la persona, y la disponibilidad de personal penitenciario para ejercer labores de custodia que faciliten estas salidas.

Teniendo en cuenta los hallazgos descritos, cabe hacer presente que, en la etapa de ejecución de la pena, el uso adecuado del tiempo libre y las actividades destinadas a la reinserción social resultan ser un aspecto medular que debe ser parte del régimen penitenciario. Estas actividades permiten aminorar el estrés carcelario, teniendo el efecto de estructurar y ordenar los días de encierro. Todo ello, genera un impacto en el bienestar físico, emocional y mental de las personas privadas de libertad.

Específicamente sobre el derecho a realizar ejercicio físico al aire libre, la autoridad penitenciaria debe tomar las medidas necesarias para garantizar que las personas con discapacidad física puedan efectivamente acceder a zonas de ejercicio al aire libre. Esto, según la normativa internacional y nacional en la materia, específicamente el Artículo 23.1 de la Reglas Mandela que asegura por lo menos una hora al día de ejercicio físico adecuado al aire libre.



Con todo, el acceso equitativo a la recreación y programas de reinserción se relaciona estrechamente con el principio de igualdad y no discriminación. Tal y como ha referido la Asociación para la Prevención de la Tortura, las personas con alguna discapacidad no deben ser discriminadas en el acceso a actividades, *“por lo tanto, estas deben ser adaptadas apropiadamente en términos de infraestructura y contenido. De lo contrario, se corre el riesgo que estas personas se vean particularmente aisladas durante su estadía en prisión”*.

La falta de actividades y acceso a oferta programática no sólo entra en contradicción con los fines resocializadores de la pena, sino que con una serie de normas tanto a nivel nacional como internacional. En ese sentido, la Regla 4 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos contempla expresamente la obligación de las administraciones penitenciarias y otras autoridades de ofrecer educación, formación profesional y trabajo en atención a las necesidades individuales de los reclusos. Por su parte, Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, en su Principio XIII consagra que *“Las personas privadas de libertad tendrán derecho a participar en actividades culturales, deportivas, sociales, y a tener oportunidades de esparcimiento sano y constructivo”*

Por último, en el presente caso se debe también considerar la Regla 41 de las Reglas de Bangkok que establecen que el Estado debe: *“c) Velar por que en el régimen de cumplimiento de condena de las reclusas se incluyan programas y servicios de rehabilitación que satisfagan las necesidades propias de su género”*; y la Regla 42.1 que prescribe que las reclusas deben tener *acceso a un programa de actividades amplio y equilibrado en el que se tendrán en cuenta las necesidades propias de su sexo*.

### **c) Contacto con el mundo exterior**

El Hospital Penal cuenta con un teléfono público en el sector de la guardia interna, al que pueden acceder las personas que se encuentran recluidas en la unidad de salud. Para ello, debe contar con dinero que según el relato de la persona entrevistada, corresponden a \$100 pesos por minuto.

Para desplazarse al sector donde se encuentra el teléfono público, debe contar con asistencia del funcionario/a a cargo de la Sección Femenina y trasladarse conectada a un oxígeno portátil. Como ya se ha dicho, en este pasillo existe tránsito constante de otras personas privadas de libertad (mayormente hombres), provenientes de diversas unidades penales, y de personal penitenciario y de salud, ya que se realizan atenciones de urgencias y de policlínico.

Respecto al régimen de visitas, la persona mayor recibe visitas por parte de su hermana, sin perjuicio que cuenta con más red de apoyo (hijas/os, nietas/os). Las visitas se realizan los días jueves por el lapso de 1 hora (de 15:00 a 16:00 horas) y se desarrollan en la misma habitación que pernoctan. Al ser consultada sobre esta dimensión, señala: *“quiero irme luego a mi casa” (PPL)*. Según el personal de salud entrevistado, existe una red de apoyo exterior que, en caso de conmutación de pena, podría apoyarla.

Sobre las **encomiendas**, estas pueden recibirse todos los días. Al respecto, cuenta con artículos de higiene y abrigo, que son proporcionados por la familia, así como también por la asistente social y la pastoral. Sin perjuicio de ello, la persona mayor no recibe encomiendas de manera periódica, sino que ocasionalmente. Esto se debe a que, hasta hace unos meses, no habría podido cobrar su pensión dada su situación de privación de libertad y los problemas administrativos para coordinar acceso a notario al encontrarse cumpliendo pena en el Hospital Penal y no en su unidad de origen (CPF).

### **a) Acceso a la justicia**

El acceso a la justicia se ha visto afectado de diversas formas y en reiteradas ocasiones. De la revisión de los antecedentes judiciales, se advierte- según consta en acta- que no ha podido asistir a las audiencias, a causa de su situación de salud, al ser oxigenoterapia dependiente, dado que su comparecencia en el Tribunal está sujeta a la duración del tanque de oxígeno portátil (entre 40-60 minutos). En razón a ello, la Defensoría Penal Pública ha tenido que solicitar previo a cada audiencia su comparecencia al Tribunal mediante videoconferencia.

Cabe advertir, que en el presente caso también se ha obstaculizado el acceso a la información sobre sus antecedentes médicos. La defensa de esta persona mayor, solicitó en su representación, acceder al informe evacuado por el Servicio Médico Legal, lo que inicialmente fue rechazado. El informe fue realizado con fecha 26 de septiembre de 2022 al que la defensa y la paciente sólo pudieron acceder con fecha 17 de enero de 2024. Al respecto, la Asociación de la Prevención de la Tortura, ha señalado que:

Las personas de edad se enfrentan a más dificultades para desenvolverse en el sistema judicial, a menudo debido al escaso conocimiento de sus derechos y de los recursos efectivos disponibles y a su falta de acceso al ordenamiento jurídico, factores estos que pueden aumentar su posibilidad de ser privadas de libertad.

En este mismo sentido, la Convención de Personas Mayores establece en su artículo 4. letra c) el compromiso de los Estados de adoptar y fortalecer todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, incluyendo un adecuado acceso a la justicia a fin garantizar a las personas mayores un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos. Por su parte, el artículo 31 refiere específicamente al derecho de acceso a la justicia, estableciendo que la persona mayor tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.

## **Conclusiones**

### **1. Las condiciones de privación de libertad y la aplicación de un trato o pena cruel, inhumana y degradante.**

El CPT considera que el Estado, en su rol de garante, debe salvaguardar la salud y bienestar de las y los reclusas/os, debiendo garantizar la existencia de un dispositivo carcelario que no exceda el nivel inevitable de sufrimiento inherente al encierro institucional. Asimismo, el Estado tiene deberes específicos en función de una condición y/o situación específica de ciertos grupos de personas privadas de libertad, como el caso de una mujer mayor con discapacidad física producto de su situación de multimorbilidad crónica. De este modo, teniendo a la vista las condiciones expuestas sobre el caso, es dable preguntarse sobre la verdadera capacidad del Estado, a través de Gendarmería de Chile, para proporcionar condiciones mínimas compatibles con la dignidad humana. En ese sentido, la inobservancia de este rol y la vulneración a las obligaciones ineludibles que debe asumir el Estado, podrían significar legitimar la aplicación de un trato cruel, inhumano y degradante.

A mayor abundamiento, teniendo en cuenta los hallazgos descritos sobre el caso *sub lite*, el CPT observa que hay una vulneración directa del derecho a la integridad personal por dos vías principales: atendiendo a las condiciones en las que se realiza la atención de salud en el recinto penitenciario, las que resultan incompatibles con el resguardo al derecho de una vida digna y a la integridad física y psíquica. Luego,

por las propias condiciones carcelarias en que se encuentra actualmente una mujer mayor con discapacidad física en un contexto de encierro institucional en que no se puede garantizar el cumplimiento de la pena privativa de libertad en circunstancias que no sean contrarias a finalidad de resocialización de las penas y al principio de humanidad de las mismas. En la realidad, estas condiciones se asimilan, incluso, a un régimen de aislamiento, en el que se ve limitado el desplazamiento y un encierro caracterizado por la falta de luz natural y acceso al aire libre.

Sobre lo primero, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha considerado que tales condiciones generales del lugar de privación de libertad como de la atención médica, se distancian de manera significativa a las adecuadas para ofrecer un tratamiento de salud digno, pues se afecta a personas con una gran vulnerabilidad (como personas con discapacidad) y *per se* son incompatibles, con la integridad personal y el derecho a la vida.<sup>54</sup> Reforzando este planteamiento, la Corte también ha señalado que:

la falta de atención médica adecuada a una persona que se encuentra privada de la libertad y bajo custodia del Estado podría considerarse violatoria del artículo 5.1 y 5.2 de la Convención dependiendo de las circunstancias concretas de la persona en particular, tales como su estado de salud o el tipo de dolencia que padece, el lapso transcurrido sin atención, sus efectos físicos y mentales acumulativos y, en algunos casos, el sexo y la edad de la misma, entre otros.<sup>55</sup>

En cuanto a las condiciones de los lugares de privación de libertad, el Estado en su especial posición de garante de los derechos de todas las personas privadas de libertad que se encuentren bajo su custodia, debe no solo salvaguardar el acceso a la salud y el bienestar de las/los reclusas/os, sino que también velar para que la privación de libertad no implique un sufrimiento ilegítimo. En este sentido, las malas condiciones físicas y sanitarias de los lugares de detención, pueden ser en sí mismas violatorias del Artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos. La Corte IDH ha fundamentado esta vulneración de la siguiente manera:

dependiendo de la intensidad de las mismas, su duración y las características personales de quien las sufre, (pues) pueden causar sufrimientos de una intensidad que exceda el límite inevitable de sufrimiento que acarrea la detención, y porque conlleva sentimientos de humillación e inferioridad. En este sentido, los Estados no pueden invocar privaciones económicas para justificar condiciones de detención que no cumplan con los estándares mínimos internacionales en esta área y no respeten la dignidad del ser humano.<sup>56</sup>

Así las cosas, se ha dejado de manifiesto que las condiciones de vida, es decir, la falta de luz natural, nulas horas al aire libre, el escaso contacto con su red de apoyo, tiene un profundo impacto en la salud física y mental para esta persona mayor que resulta desproporcionado con los fines de la ejecución penal. Además, este régimen de privación de libertad conduce a una disminución de su capacidad funcional y emocional, lo que ha agravado su estado de salud. En síntesis, no puede excluirse de esta discusión que el solo hecho de mantener a una persona que presenta múltiples morbilidades crónicas bajo custodia del Estado en condiciones como las descritas y en vulneración de los derechos mencionados, daría lugar a una tensión directa con la prohibición de someter tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes.

Por último, en virtud de lo complejo que puede resultar asegurar una sanidad adecuada en los establecimientos penitenciarios dadas sus falencias estructurales, las administraciones penitenciarias

---

<sup>54</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2006). Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006, párr.132.

<sup>55</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2011). Caso Vera Vera Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 44.

<sup>56</sup> En el mismo sentido: Caso J. Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013 17, párr. 372.

de algunos países han optado por medidas de libertad compasivas y humanitarias, particularmente para personas de edad avanzada con bajo riesgo criminal y con problemas de salud<sup>57</sup>.

## **2. Política criminal, encarcelamiento femenino y medidas alternativas a la prisión**

Es importante señalar la relación de este caso con el endurecimiento de las políticas criminales y la falta de perspectiva de género para abordar la criminalidad femenina, que han causado significativos niveles de encarcelamiento de mujeres. Al respecto, el aumento de la población femenina cumpliendo una pena privativa de libertad, se ha visto explicado por diversos factores como: las reducidas oportunidades económicas y educativas, situaciones de desigualdad y pobreza, responsabilidades de cuidado y limitaciones financieras, consumo de drogas, entre otras situaciones de preocupación. En este sentido, las mujeres detenidas principalmente lo están por delitos no violentos y de baja gravedad:

En América Latina, las circunstancias socioeconómicas constituyen la principal motivación por la cual las mujeres “eligen” cometer una actividad penada. La región tiene el índice más alto de desigualdad económica del mundo y un alto porcentaje de la población que vive en pobreza e indigencia en la región son mujeres. Este fenómeno se conoce como feminización de la pobreza y se manifiesta en áreas urbanas y rurales. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC), 2013, p.2)

Asimismo, el endurecimiento de las políticas de drogas también ha implicado una consecuencia directa en el encarcelamiento de población femenina. Ello, a causa de la falta de proporcionalidad en el tratamiento de las drogas, un uso excesivo de la prisión preventiva, la escasa o nula aplicación de medidas alternativas y la ausencia de consideraciones sobre las circunstancias que rodean la comisión de delitos por mujeres (CIDH, 2023, p.39). En este escenario, se ha optado por aplicar penas que igualan o pueden superar las que corresponden a delitos violentos. Esto, daría lugar a desigualdades de género, puesto que en términos porcentuales hay una mayor cantidad de mujeres sometidas a un proceso penal a causa de delitos de drogas que en el caso de hombres, lo que está vinculado a la comisión de delitos no violentos por parte de este grupo de la población<sup>58</sup>.

En atención a lo anterior, la CIDH al recabar información sobre esta problemática, afirma que el endurecimiento de las políticas de drogas provoca un impacto diferenciado en las mujeres y que deviene en una mayor posibilidad de ser encarceladas a largas penas de cárcel por delitos de drogas en comparación a los hombres. En ese sentido, la Comisión insta a que los Estados consideren la perspectiva de género en las políticas de drogas, contemplando las particularidades que rodean la comisión de delitos y que puedan ser ponderados al momento del juzgamiento.

En síntesis, en estas temáticas el CPT considera que la decisión de determinar, mantener o modificar una pena privativa de libertad por parte de los actores judiciales, requiere de una valoración diferenciada a partir de:

- a) El análisis sobre las circunstancias personales que derivan en el involucramiento en la comisión de delitos, tales como la pobreza, la discriminación, la exclusión o el consumo de drogas;
- b) El hecho de que estos delitos sean cometidos por mujeres, con ausencia de violencia y con bajo nivel de peligrosidad criminal;

---

<sup>57</sup> Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, Informe A/HCR/51/27, Párrafo 74.

<sup>58</sup> UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas, Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas, 2018, p.21.

c) El enfoque de género en el juzgamiento, como una herramienta de análisis que permite evidenciar las desigualdades de poder y las diferentes consecuencias en el encarcelamiento femenino y masculino.

En esta línea la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha señalado que:

Una proporción considerable de mujeres delincuentes no plantean necesariamente un riesgo para la sociedad y su encarcelamiento puede no ayudar, sino que dificulta su reinserción social. Muchas de ellas están en la cárcel como resultado directo o indirecto de los múltiples niveles de discriminación y privaciones, a menudo a manos de sus esposos o compañeros, su familia y la comunidad. En consecuencia, las mujeres delincuentes deben ser tratadas con equidad en el sistema de justicia penal, teniendo en cuenta sus antecedentes y las razones que las han conducido al delito cometido, así como la atención, asistencia y tratamiento en la comunidad, para ayudarlas a superar los factores que conducen al comportamiento delictivo. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2011, Parte III, Medidas no privativas de libertad)

Con ello, queda en evidencia que la respuesta prioritaria a la criminalidad femenina ha sido el encarcelamiento a través un espacio de privación de libertad desvinculado de las consideraciones particulares del género y la mirada interseccional. Con todo, y en la medida de lo posible, es indispensable avanzar en modalidades alternativas a la prisión en los casos en que se presenten variables tan significativas como las descritas en este informe.

## Recomendaciones

### **Ministerio de Justicia y Derechos Humanos**

1. Se recomienda avanzar en la discusión sobre una política pública que contemple alternativas a la reclusión por razones humanitarias. Al respecto, se propone un proyecto de ley que permita sustituir la pena privativa de libertad o la prisión preventiva en casos que se trate de una persona con una condición de salud en que su recuperación o tratamiento no sea posible en el establecimiento penitenciario, cuando padezca una enfermedad incurable en período terminal y/o cuando sufra de una discapacidad que haga que la reclusión en un establecimiento penitenciario constituya un trato cruel, inhumano o indigno. Asimismo, uno de los elementos que debe tenerse en cuenta para la adopción de esta medida, es el género y la edad.
2. Se propone que para determinar la viabilidad de medidas no privativas de libertad a favor de determinado grupo de personas, es necesario ponderar factores como el tipo y gravedad del delito, la situación de salud de la persona, el riesgo para su vida, las condiciones de detención, las facilidades para que sea atendida adecuadamente y los objetivos de la pena.

### **Al poder judicial**

1. Se insta a las/los juezas/ces a incorporar la perspectiva de género y mirada interseccional en su razonamiento al momento de juzgar casos en que se presenten variables de discriminación que podrían implicar un impacto desigual en la aplicación de una pena privativa de libertad. Así, se sugiere optar por medidas sustitutivas o alternativas a la ejecución de las penas cuando así sea posible según la ley vigente, ante la comisión de delitos no violentos o de menor gravedad cometidos por personas mayores, con una afectación de salud grave, crónica o terminal y ponderando las dificultades de cumplir con los objetivos de la pena en las condiciones de privación de libertad a las que podría estar sujeta/o dadas sus características particulares.

### **Dirección Nacional de Gendarmería de Chile**

1. Es necesario que en el corto plazo, se incorpore una oferta programática para las personas privadas en régimen de hospitalización en el Hospital Penitenciario, que contemple las necesidades y características específicas de este grupo, teniendo en cuenta la edad, el género, la orientación sexual, la identidad de género, la presencia de alguna discapacidad física o mental, la etnia, entre otros. Esto, con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo principal de la pena privativa de libertad relativo a la reinserción social de todas las personas que se encuentran bajo custodia de Gendarmería de Chile.
2. Se sugiere que la Dirección Nacional junto con el depto. de Promoción y Protección de Derechos Humanos de Gendarmería de Chile, elaboren una Resolución Exenta para la adaptación del enfoque diferenciado en personas mayores privadas de libertad de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y en la Opinión Consultiva OC-29/22 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
3. Se requiere destinar mayor dotación de funcionarias penitenciarias que puedan apoyar la función de custodia de población femenina que se atiende en el Hospital Penitenciario, con el propósito de poder asegurar el desplazamiento y traslado oportuno de esta población dentro y fuera del recinto hospitalario.
4. 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 para personas en régimen de hospitalización de larga estadía en el Hospital Penitenciario.

5. Es necesario que la Dirección Nacional de Gendarmería de Chile y las autoridades del Hospital Penitenciario, en el corto plazo trabajen por mejorar las condiciones de habitabilidad del recinto, que permitan contar con un espacio al aire libre para asegurar el acceso a la población privada de libertad con hospitalización de larga estadía, a horas de luz natural al aire libre.

## Referencias

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/UNPrinciplesOnOlderPersons.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. <https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-spanish.pdf>

Asamblea General de Naciones Unidas. (2022, agosto 22). *A/HRC/51/27: Personas de edad privadas de libertad* [Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad].

Arcaya M.C, Arcaya A.L, Subramanian S.V (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 8:27106 – Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017, julio 3). *Informe sobre medidas dirigidas a reducir el uso de la prisión preventiva en las Américas* [OEA/Ser.V/II]. Organización de los Estados Americanos. [https://www.oas.org/es/cidh/pdfs/informes/2017\\_prision\\_preventiva.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/pdfs/informes/2017_prision_preventiva.pdf)

Boyd, C.M., et al. (2008). Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2171-2179.

Braun, J.F., et al. (2016). The effect of early mobilization on critically ill patients in the intensive care unit: A meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 44(4), 742-751.

Correia, M.I.T.D., Waitzberg, D.L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22(3), 235-239.

Cicek, H.S., et al. (2017). Sleep disturbances in hospitalized patients and their relative contributions to the development of delirium: A prospective study. *General Hospital Psychiatry*, 45, 55-60.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2008). *Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas*. Organización de los Estados Americanos. [https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Biblioteca/Princ\\_PPL.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Biblioteca/Princ_PPL.pdf)

Cumbre Judicial Iberoamericana. (2008). *Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad*. <https://www.cumbrejudicialiberoamericana.org/>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2023). *Mujeres privadas de libertad en las Américas*. Organización de los Estados Americanos. [https://www.oas.org/es/cidh/defensores/docs/pdf/mujeres\\_privadas\\_libertad.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/defensores/docs/pdf/mujeres_privadas_libertad.pdf)

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC). (2013, Octubre). *Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina* [Elaborado por Corina Giacomello]. In *Documento Informativo del IDPC*.



Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022, Mayo 30). *Opinión Consultiva OC-29/22* [Enfoque diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de libertad].

Comité para la prevención de la Tortura (2023). Informe de Visita al Hospital Penitenciario de C.D.P Santiago Sur. Disponible en: <https://mnpt.cl/area-penitenciaria-2/>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/convencion-personas-mayores.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000, agosto 11). *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)* (E/C.12/2000/4, párr. 8). Organización de las Naciones Unidas. <https://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>

Dolovich, S. (2011). Cruelty, prison conditions, and the Eighth Amendment. *New York University Law Review*, 84(4), 881-979.

Fazel, S., Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956-965.

Magill, S.S., et al. (2014). Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *New England Journal of Medicine*, 370(13), 1198-1208.

Ministerio de Salud (2021). Marco Operativo. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2009). *Manual sobre reclusos con necesidades especiales*. [https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2009-Manual\\_Convenio\\_Trafico\\_Humanos.pdf](https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2009-Manual_Convenio_Trafico_Humanos.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2011, marzo 16). *Reglas de Bangkok* [Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes y sus Comentarios]

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Prins, S.J. (2014). Prevalence of mental illnesses in US State prisons: A systematic review. *Psychiatric Services*, 65(7), 862-872.

Solar O, Irwin A. (2010). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia*, 2006, 17(3):180-5.

Sirovich, B.E., et al. (2008). Too Little? Too Much? Primary Care Physicians' Views on US Health Care. *JAMA*, 289(4), 435-441.

Wildeman, C., Muller, C. (2012). Mass imprisonment and inequality in health and family life. *Annual Review of Law and Social Science*, 8, 11-30.

Van de Haar, M.M., et al. (2015). The prevalence and correlates of depressive symptoms in patients in a general hospital setting: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 536-541.